

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ÉTUDES SUR LES LARYNGITES CHRONIQUES. —
PROCESSUS PACHYDERMIQUE. — TRAITEMENT
MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par **Paul TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris,
lauréat de la Faculté de médecine.

I

Les recherches cliniques et anatomiques qui servent de base à ce travail ont été faites, en 1889, à l'Hôtel-Dieu, dans le service et le laboratoire de M. le professeur Proust, dont nous avons l'honneur d'être l'interne. Il nous a permis depuis de les compléter. Il n'est que juste de lui adresser ici l'expression de notre profonde gratitude.

On rencontre assez souvent des individus, des hommes dans l'immense majorité des cas, atteints de troubles plus ou moins sérieux de la phonation, allant de l'enrouement léger jusqu'à l'aphonie, troubles qui ne relèvent ni de la tuberculose, ni de la syphilis, ni de néoplasmes de nature maligne ou bénigne, ni de troubles intrinsèques de la motilité des muscles laryngés. Comme il s'agit ordinairement de sujets jeunes ou peu âgés, d'ailleurs bien portants, l'altération de la voix constitue chez eux une infirmité d'autant plus pénible qu'elle éveille toujours des soupçons au moins fâcheux et désobligeants. Les inconvénients qui en résultent sont encore plus marqués chez les gens que leur profession, et nous verrons que le cas est loin d'être exceptionnel, oblige à parler en public.

Ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de faits de ce genre, nous avons été à même d'étudier la nature du processus laryngé et d'en rechercher les causes et le traitement rationnel.

Après avoir épuisé la plupart des moyens préconisés par les auteurs, et constaté leur parfaite inutilité, fallait-il s'abandonner au nihilisme thérapeutique, et reconnaître l'affection comme au-dessus des ressources de l'art? Enhardi par les succès donnés par le traitement chirurgical endolaryngé de certaines formes de laryngite bacillaire, rappelant singulièrement — et nous aurons l'explication de cette analogie quand nous étudierons l'anatomie et la physiologie pathologique du processus — les lésions que nous avons observées chez plusieurs de nos malades, nous n'avons pas hésité à l'appliquer ici, dans certaines conditions que nous spécifierons plus loin, et les résultats obtenus ont dépassé notre attente. D'autre part, la connaissance des agents provocateurs de l'inflammation chronique du larynx fournit aussi un certain nombre d'indications thérapeutiques; de sorte que nous croyons qu'il n'est plus permis aujourd'hui de dire avec Sommerbrodt, en particulier, que le traitement de la laryngite chronique dans sa forme scléreuse, pachydermique, n'existe pas.

II

L'attention s'est portée, dans ces derniers temps, d'une façon presque exclusive, sur les grands processus qui atteignent la muqueuse laryngée (tuberculose, syphilis, cancer), et la littérature médicale contemporaine est assez pauvre en documents sur ce qui concerne les affections qu'on pourrait appeler de second ordre. La laryngite chronique est de ce nombre, et, après avoir suscité autrefois un nombre considérable de travaux, elle a été reléguée, de nos jours, au dernier plan. Certes, il est légitime de reconnaître immédiatement que, sous le nom de laryngite chronique, les anciens auteurs ont décrit des processus de nature très diverse,

qu'une connaissance plus exacte de leurs caractères cliniques et anatomiques a fait définitivement rejeter du cadre des inflammations simples du larynx.

C'est ainsi qu'on a revendiqué pour la tuberculose plus d'un cas de laryngite hyperplasique, ou exsudative, pour ne citer qu'un exemple.

Si le cadre de la laryngite chronique est assez mal déterminé, si ses limites manquent le plus souvent de précision, il faut surtout l'attribuer au défaut de caractéristique anatomique et à l'absence d'une cause productrice univoque, qui relie entre eux, par un lien naturel, les différentes lésions groupées actuellement, surtout d'après leurs caractères évolutifs.

En reprenant ici certains côtés de l'histoire de la laryngite chronique, nous ne nous dissimulons nullement que *nous marchons sur un terrain rebattu*, et que nombre des faits que nous aurons à rappeler pourraient presque paraître de simples banalités, tant ils sont fréquents. Ils constituent, en effet, la monnaie courante en laryngologie, mais, comme il arrive souvent en pareil cas, l'intérêt qu'on y attache est en raison inverse de leur fréquence. Nous n'en voulons pour preuve que le peu de travaux qu'ils ont suscités, alors que d'autres processus, infiniment plus rares, ont été, en raison de certaines particularités de leur histoire, en raison même de la curiosité qui s'attache à ce qui sort du domaine des faits vulgaires, l'objet de nombreuses recherches. Les chapitres consacrés aux différentes formes de laryngite chronique sont un peu sacrifiés, dans la plupart des traités récents. Il semble que les auteurs n'abordent ce sujet qu'avec regret, et ne le traitent que comme une corvée fastidieuse. Aussi est-ce là qu'on retrouve les vieux clichés, les théories surannées, les hypothèses démodées, les opinions qui depuis longtemps n'ont plus cours, surtout dans les chapitres consacrés à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et au traitement. Ceux-ci sont, le plus souvent, transcrits littéralement des vieux auteurs, une légère couche de vernis contemporain, qui leur sert de passeport, leur donnant l'apparence du neuf. Nous recommandons, à ce point de vue, la

lecture des anciens; c'est une étude que nous faisons volontiers pour notre compte; outre qu'il y a beaucoup à y glaner encore aujourd'hui, elle permet de se rendre compte de la genèse et de l'évolution de ces lieux communs, qui bravent, en pathologie et même en pathologie laryngée, l'épreuve du temps, pieusement recueillis par tous les auteurs, alors que des idées justes et fécondes, tombées dans un milieu sans doute mal préparé, restent improductives et attendent dans l'oubli qu'on les remette en lumière. L'histoire de la pachydermie laryngée nous en fournira plus loin un exemple frappant.

Une autre preuve de l'insuffisance de nos connaissances sur la laryngite chronique, c'est la multiplicité des médications proposées, dont la plupart sont absolument inefficaces. La simple énumération des agents thérapeutiques préconisés, sans grande conviction du reste, tiendrait plusieurs pages. Nous en ferons grâce au lecteur.

De ces considérations, et nous pourrions en apporter bien d'autres, il ressort que l'histoire de la laryngite chronique simple n'est pas encore terminée. Il y a là, au contraire, un vaste champ de recherches, à peu près inexploré, qui appelle des études nouvelles. Il en est de cette affection comme des lieux que nous voyons tous les jours, et que nous connaissons souvent fort mal, faute de les regarder, faute d'y diriger notre attention.

Notre but n'est pas de reprendre toute l'histoire de la laryngite chronique, nous voulons nous borner aujourd'hui à l'étude de quelques points particuliers.

Nous apporterons le résultat de nos recherches sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du processus, et nous nous efforcerons de démontrer que, par un traitement approprié, on peut obtenir, sinon toujours la guérison totale, au moins une amélioration considérable.

En dehors de ces points, nous aurons à nous demander ce qu'il faut penser de la lésion décrite en Allemagne sous le nom de pachydermie laryngée et aussi s'il convient de maintenir comme une espèce à part la laryngite granuleuse ou glanduleuse des anciens auteurs.

Nous n'aurons garde d'omettre, au cours de ce mémoire, les travaux de ceux qui se sont occupés de ces différentes questions, lorsqu'ils nous sembleront se rapporter aux points que nous avons étudiés.

III

RELATIONS DE LA PACHYDERMIE LARYNGÉE DE RHEINER ET VIRCHOW AVEC LA LARYNGITE CHRONIQUE ET LES DIFFÉRENTS PROCESSUS CHRONIQUES QUI ATTEIGNENT LA MUQUEUSE LARYNGÉE.

Déjà, en 1853, sous l'inspiration de Virchow, Rheiner (1) avait entrepris à Wurzbourg des recherches sur les modifications du revêtement épithélial du larynx et étudié les modifications que subit l'épithélium dans divers processus, notamment dans les inflammations chroniques. La muqueuse laryngée prend alors un aspect dermoïde ou cutanée. Les lésions ne revêtent pas toujours la même apparence, elles sont tantôt localisées et tantôt diffuses, mais les caractères histologiques fondamentaux du processus restent à peu près identiques et se distinguent surtout par ce fait que, dans le premier cas, les lésions s'étendent au tissu conjonctif superficiel, à la muqueuse proprement dite. Mais l'élément caractéristique, qui se retrouve dans les deux cas, c'est l'hyperplasie et la métaplasie du revêtement épithélial.

Tel est l'état anatomique du larynx désigné, depuis lors, par Virchow, sous le nom de pachydermie. Suivant que les lésions se présentent sous l'aspect d'une tuméfaction relativement lisse et assez étendue, ou bien sous celui de productions circonscrites, saillantes, on a affaire à la pachydermie diffuse ou à la pachydermie verruqueuse. Les deux formes peuvent du reste exister simultanément.

Les lésions caractéristiques de la première forme siègent à la partie postérieure des cordes vocales, au point où le processus ou apophyse vocale, qui fait saillie en avant, se

(1) RHEINER. *Würzburger Verhandlungen*, mai 1852 et *Inaugur. Dissertation*, 1852.

trouve située immédiatement au-dessous de la muqueuse qui s'y continue presque sans transition avec le périchondre.

Virchow trouva, en ce point, une tuméfaction ovalaire (1) à grand axe horizontal, présentant à sa partie médiane une légère dépression et il ne crut pas invraisemblable d'admettre que cette dépression marque le vestige d'un processus érosif, quoiqu'il n'ait pas observé de tissu cicatriciel proprement dit.

De l'examen plus minutieux des faits, Virchow fut amené à conclure que la dépression était due à l'adhérence en ce point de la muqueuse aux parties sous-jacentes, adhérence qui empêchait son soulèvement.

Ce processus, d'après Virchow, se rencontre assez souvent à l'autopsie, notamment chez les buveurs. Il est surtout constitué par un épaissement diffus de l'épithélium qui se poursuit sur toute l'étendue des cordes vocales. Autour de la dépression centrale, on observe de véritables excroissances papillaires, peu élevées et recouvertes d'une très épaisse couche épithéliale.

Telles sont les lésions au premier degré de la maladie ; elles peuvent devenir plus complexes, et on trouve alors des altérations plus ou moins profondes de la région inter-aryténoïdienne, qui présente dans ces cas des excroissances assez volumineuses, et des sillons recouverts d'épithéliums d'apparence épidermique. On peut encore rencontrer çà et là des fissures, des rhagades, en un mot, un aspect rappelant assez bien celui des ulcérations cancéreuses au début.

La forme verruqueuse, déterminant la production de sortes de polypes, se voit surtout dans les segments moyens et antérieurs des cordes vocales.

Dans un travail important sur la question, SOMMERBRODT (2) fait cette remarque qu'il est assez particulier que, malgré l'emploi du laryngoscope, ce soit un anatomiste qui ait donné de cette lésion la première description. Il y a là au moins une exagération. Nous le verrons tout à l'heure.

(1) VIRCHOW écrit que la première fois qu'il rencontra ces lésions à l'autopsie, en 1870, il fut fort embarrassé et se demanda à quoi il avait affaire.

(2) J. SOMMERBRODT. *Ueber die typische Pachydermie des Kehlkopfs*. *Berliner klinische Wochenschrift*, S. 429, n° 19, 1890.

Ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de pachydermie de Virchow l'était autrefois sous le nom de tumeur *catarrhale*, à bords surélevés de l'apophyse vocale, avec épaissement de la muqueuse de l'extrémité postérieure des cordes vocales et de la paroi postérieure du larynx (STÖRK (1) et SCHÖTZ (2).

La caractéristique anatomique de la pachydermie laryngée consiste, d'après VIRCHOW et ses élèves, dans la production exagérée d'épithélium pavimenteux dans les points où il existe normalement, et dans la substitution, dans une étendue plus ou moins grande, à l'épithélium cylindrique normal d'un épithélium pavimenteux en couche très épaisse, avec transformation dermo-papillaire du chorion muqueux. C'est, en un mot, la métamorphose dermoïde de la muqueuse laryngée telle que l'a depuis décrite FÖRSTER (3), telle que la mentionne V. ZIEMSEN (4) dans la laryngite chronique, notamment dans l'affection décrite par TÜRK (5) sous le nom de chordite tubéreuse, telle enfin que nous la trouvons étudiée dans le traité d'histologie de MM. CORNIL et RANVIER.

Nous avons pu examiner histologiquement des fragments de muqueuse retirés avec la pince coupante, et voici les lésions que nous avons observées.

Dans un des cas, le fragment retiré avec la pince coupante provenait de la région aryténoïdienne, en un point recouvert normalement d'épithélium à cils vibratils. Sur plusieurs larynx de sujets morts d'affections diverses l'examen de coupes étendues nous a montré l'aspect identique des lésions dans les régions à épithélium à cils vibratils et à épithélium pavimenteux.

Elles portaient à la fois sur le chorion muqueux et sur l'épithélium. Le chorion muqueux présente du côté de son bord libre un aspect ondulé, dans certains points très net-

(1) STÖRK. *Klinik. d. Kehlkopfkrankheiten*. Stuttgart, 1876.

(2) SCHÖTZ. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 10, 10 mars 1890, s. 233.

(3) FÖRSTER. *Lehrbuch der patholog. Anatomie*. Iéna, 1864.

(4) V. ZIEMSEN. *Laryngitis chronica*, s. 228. *Krankheiten d. Kehlkopfs*, in V. ZIEMSEN'S, *Handbuch*, 1879.

(5) TÜRK. *Klinik d. Krankheiten d. Kehlkopfs und der Luftröhre*, Vienne, 1866.

tement papillaire. Les papilles sont larges, trapues, peu élevées, quelquefois terminées en massue. Dans le chorion épaissi et constitué par d'épais trousseaux fibreux, on trouve çà et là quelques éléments arrondis ou fusiformes.

Les lésions de l'épithélium sont de beaucoup plus intéressantes, d'autant plus qu'elles semblent précéder la métamorphose papillaire. Le revêtement épithélial atteint une épaisseur considérable. Il est constitué par deux couches, l'une profonde, colorée vivement par le picro-carmin, constituée par des cellules polyédriques assez analogues à celles de la couche profonde de l'épiderme. Elles recouvrent les papilles et combtent presque entièrement leurs intervalles; l'autre, la couche superficielle, colorée en rose-jaunâtre, est formée d'éléments aplatis, cornés, tassés les uns contre les autres, et présente une épaisseur considérable.

Dans les points où les lésions sont moins marquées, le revêtement épithélial est moins épaissi et la division en deux couches moins marquée; la transformation dermo-papillaire du chorion muqueux n'est alors qu'à peine ébauchée.

Cette description rappelle presque mot pour mot celle des lésions qui s'observent dans la phthisie laryngée (GOUGUENHEIM et TISSIER) (1), lésions qu'on retrouve aussi dans la syphilis (DOLÉRIIS) (2).

Ne retrouvons-nous pas là presque au complet les caractères histologiques de la pachydermie diffuse et quand nous aurons ajouté que dans un autre cas, nous avons observé de véritables tumeurs, dans la région moyenne des cordes, que ces tumeurs, coïncidant avec un boursoufflement diffus de la région postérieure du larynx, présentaient histologiquement les mêmes caractères, ne sommes-nous pas autorisés à rattacher ces faits à la pachydermie de VIRCHOW?

Cependant nous ne croyons pas qu'on doive conserver cette expression, au moins comme nom d'une espèce laryngienne particulière, individualisée. Heureuse au point de vue anatomique, l'expression de pachydermie laryngée ne sau-

(1) GOUGUENHEIM et TISSIER. Phthisie laryngée 1889, p. 125 et suiv.

(2) DOLÉRIIS. Recherches sur la tuberculose du larynx. (*Archives de Physiologie*, 1877.)

rait s'appliquer exactement qu'à une forme de processus histologique.

Il s'agit, en effet, d'une lésion banale, sinon commune, qui peut s'observer dans les cas, nous ne disons pas dans tous, où il existe une irritation chronique, un processus inflammatoire chronique (VIRCHOW) de la muqueuse laryngée, que cette irritation reconnaisse pour cause la tuberculose, la syphilis, ou tout autre facteur étiologique. Le seul point nécessaire est que l'irritation soit continue et peu intense, et il n'y a pas, dans ces conditions, de quoi légitimer la création d'une entité morbide. Il y a là, seulement, un mode de réaction de la muqueuse laryngée. Le fait nous semble hors de discussion.

Nous n'insisterions pas davantage sur cette question, que nous avons exposée avec soin, d'après nos recherches personnelles, dans le traité de la *Phtisie laryngée* que nous avons publié en collaboration avec M. le Dr GOUGUENHEIM, si elle n'avait été reprise dans ces derniers temps par HEYMANN (1), et au laboratoire même de VIRCHOW, par KANTHACK, qui, dans un mémoire important paru récemment dans les *Arch. f. path. Anat. u. Physiol.* (2), est arrivé à des conclusions identiques aux nôtres, ainsi qu'il le fait d'ailleurs remarquer à l'appui de sa thèse.

Dans une série de mémoires, l'auteur a étudié l'histologie de la muqueuse laryngée aux divers stades de son développement, notamment au point de vue des modifications épithéliales qui s'y produisent, et constituent en quelque sorte une transformation, une métaplasie physiologique. L'épithélium à cils vibratils qui, chez les fœtus, tapisse le pharynx et le larynx, fait place dans le pharynx à un épithélium pavimenteux; celui-ci apparaît ensuite dans la région inter-aryténoïdienne, et se montre sur les rubans vocaux

(1) HEYMANN. Beitrag. z. Kenntniss d. Epithel. u. d. Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv*, Bd CXVIII.)

(2) KANTHACK. Studien über die Histologie des Larynxschleimhaut. Die Schleimhaut d. neugebor. Kindes nebst einigen Bemerkungen über die « Metaplasie » des Larynxepithels und die epidermoidale Umwandlung derselben. (*Virchow's Archiv*, Bd CXIX, Heft 2 et Bd CXX, Heft 2, 1890).

et sur les bords de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, qu'il déborde légèrement.

Par places, il peut se développer en d'autres points des îlots d'épithélium pavimenteux, ou encore des placards où l'on constate une ébauche de métaplasie, ainsi que M. COYNE (1) l'a signalé depuis longtemps au niveau des bandes ventriculaires.

Mais il faut accepter comme normal le schéma de RHEINER, et regarder comme pathologiques les faits indiqués comme physiologiques par HEYMANN, qui prétend avoir trouvé de l'épithélium pavimenteux dans certains larynx sains en dehors de la région inter-aryténoïdienne, où il forme une bande de largeur assez variable, des cordes vocales inférieures, et des bords de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques.

La métaplasie pathologique est en quelque sorte un processus inverse de la métaplasie physiologique, et l'on est tenté de penser que certaines irritations pathologiques, de causes d'ailleurs diverses, pour ne pas dire toute irritation de quelque durée, agissent en ramenant le revêtement épithélial à son état embryonnaire. Mais il faut bien reconnaître que cette hypothèse est plus spécieuse que solide. Ce que nous savons des réactions de l'épithélium cylindrique (2) vis-à-vis des irritations chroniques, nous apprend que le fait n'est nullement spécial au larynx. Pareille métaplasie s'observe en effet dans de nombreux points de l'économie [muqueuse nasale (polypes), trachée, bronches, estomac, intestin, utérus, urètre, etc.].

Si l'on considère le mode de développement pathologique de l'épithélium pavimenteux dans ces divers organes, on retrouve le même facteur que dans le larynx, irritation persistante. Et comme la métaplasie épithéliale ne se voit généralement pas au niveau des dépressions, des parties des muqueuses, en quelque sorte protégées contre les actions

(1) COYNE. *Thèse de Paris*, 1874.

(2) D'après POSNERS, cité par BARTH (Section d'otologie du congrès de Berlin 1890) une cellule quelconque pourrait subir la transformation épidermoïdale.

mécaniques, la conclusion qui s'impose est l'idée d'une sorte d'adaptation pathologique des parties aux conditions morbides, analogue à l'adaptation physiologique à la fonction, qui nous explique la raison de la métaplasie épithéliale physiologique du pharynx et du larynx.

A l'appui de cette donnée, remarquons qu'à l'état normal la couche épithéliale pavimenteuse est bien plus épaisse au sommet des plicatures normales de la région inter-aryténoïdienne que dans les sillons qu'elles limitent.

Cette métaplasie épithéliale est fréquente si nous en jugeons par les résultats de l'examen histologique de la muqueuse laryngée, que nous avons pratiqué dans les conditions les plus variées. Il s'agit, pour nous, d'une lésion nullement rare, et nous nous étonnons qu'elle n'ait été le plus souvent signalée que d'une façon incidente. Elle a été vue depuis RHEINER, par de nombreux anatomo-pathologistes (1), surtout autour des ulcérations tuberculeuses, FÖRSTER (2), GRIFFINI (3), WAHLBERG (4), HEINZE (5), STÖRK (6), CORNIL et RANVIER (7), DOLÉRIS (8), HUNERMANN (9), LEROY (10), etc., etc.

Il est rare que la métaplasie épithéliale soit isolée et constitue à elle seule le processus laryngé; il s'y joint presque toujours une lésion du chorion muqueux. Cette dernière peut être à peine esquissée, ainsi que nous le verrons plus loin. Lorsqu'elle est plus prononcée, elle réalise alors le type décrit par VIRCHOW sous le nom de pachydermie diffuse.

(1) Dans un cas se rapportant sans doute à la pachydermie de VIRCHOW publié par M. LUC, l'état de l'épithélium n'est même pas mentionné.

LUC. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations préaryténoïdiennes chez les phthisiques. (*Archives de laryng. et de rhinol.*, etc., t. III, n° 1, p. 13, février 1889).

(2) FÖRSTER. *Loc. cit.*

(3) GRIFFINI. Contrib. alla patologia gén. del tessuto cilindrico.

(4) WAHLBERG, Das tubercul. Geschwür im Kehlkopf. (*Wiener med. Jahrbucher*, 1872.)

(5) HEINZE. Die Kehlkopfschwindsucht. (*Leipzig*, 1879.)

(6) STÖRK. Klinik der Kehlkopfkrankheiten. (*Stuttgart*, 1876.)

(7) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histol. path.*, t. II.

(8) DOLÉRIS. *Loc. cit.*

(9) HUNERMANN. Ueber Pachydermie und Geschwürsbildung an den Stimmbändern. (*Inaug. Dissertation*, Berlin, 1881.)

(10) LEROY. *Archives de Physiologie norm. et path.*, 1887.

Mais nous insistons sur ce fait, déjà mis en lumière dans le traité de la *Phthisie laryngée*, que cette lésion conjonctive, tout en ayant pour siège de prédilection la région inter-aryténoïdienne, les processus vocaux et la partie postérieure des cordes, parties à revêtement épithélial pavimenteux, s'observe aussi dans les régions de la muqueuse dont l'épithélium est normalement cylindrique à cils vibratils.

La métaplasie épithéliale, la transformation dermoïde, qui semble bien être consécutive à la lésion de l'épithélium peut s'observer dans tout le larynx et s'accompagner de lésions hyperplasiques du chorion muqueux.

Nous croyons donc que c'est à tort que l'on a voulu expliquer la localisation inter-aryténoïdienne si fréquente de l'hyperplasie fibreuse, par le fait de l'existence de l'épithélium pavimenteux et de la rareté des glandes en ce point.

En effet, on observe d'ordinaire dans les cas de laryngite chronique avec lésions épithéliales et hyperplasie fibreuse que ces dernières épargnent relativement les parties peu glandulaires de la muqueuse, et nous verrons qu'on a voulu expliquer ainsi l'existence des dépressions signalées par Virchow sur les tuméfactions qu'il a décrites au niveau des processus vocaux.

Si nous nous reportons aux descriptions des auteurs qui ont étudié depuis Virchow la pachydermie du larynx (B. FRÄNKEL (1), RETHI (2), MICHELSON (3), SOMMERBRODT (4), MEYER (5), CHIARI, etc., etc.), trouvons-nous, en dehors des lésions anatomiques un autre élément constant sur lequel on puisse s'appuyer pour légitimer l'individualisation de la pachydermie laryngée?

Est-ce la localisation et l'aspect de la lésion dans la forme diffuse de la pachydermie? Mais, depuis longtemps, on savait que certaines lésions irritatives se localisent de préférence

(1) B. FRÄNKEL. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 1 à 6.

(2) RETHI. Ueber Pachydermia laryngis. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1889, n° 27.)

(3) MICHELSON. Königsberg's Verein für wissenschaftliche Heilkunde. (*Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1890.)

(4) SOMMERBRODT. *Loc. cit.*

(5) MEYER. Ueb. Pachydermia laryngis. (*Laryngologische Gesellschaft zu Berlin. Sitz.*, 6 décembre 1889.)

dans le segment postérieur du larynx, au niveau de l'attache aryénoïdienne des cordes et de la région inter-aryénoïdienne, et l'on avait subdivisé la laryngite chronique en plusieurs variétés suivant le siège de la lésion. C'est ainsi que BERGSON (1), et après lui KRISHABER et PETER (2), décrivent la chordite inférieure et la méso-aryénoïdite. Et plus d'une observation de chordite hypertrophique, de trachome des cordes vocales (3) rappelle la description de VIRCHOW.

Néanmoins il serait souverainement injuste de dénier à l'éminent anatomo-pathologiste l'honneur d'avoir rappelé l'attention sur ces faits, d'en avoir donné une description remarquable et appris ainsi à les différencier de lésions, autrement plus graves, appartenant au cancer.

L'étiologie reste vague et se confond avec celle de la laryngite chronique [tabac, alcool (VIRCHOW), habitation dans un milieu humide (SOMMERBRODT)]. Les symptômes subjectifs n'ont rien de spécial; en est-il de même des caractères objectifs du processus : sans parler de la pachydermie verruqueuse, dont les lésions se retrouvent aussi dans les laryngites chroniques d'origine diverse, la tuméfaction allongée de la région apophysaire des cordes vocales est-elle suffisante pour caractériser la pachydermie diffuse?

Remarquons tout d'abord que l'observation n'a pas confirmé exactement le schéma de VIRCHOW.

HERYNG (4) admet que cette dépression est le reliquat d'une nécrose de la muqueuse infiltrée, qui, après avoir donné lieu à une vive inflammation, se termine en quatre à huit semaines par cicatrisation.

La dépression centrale notée par lui n'existerait, pour certains auteurs, que chez le cadavre et dépendrait de la rétraction de la muqueuse, adhérente en ce point au péri-chondre, et, pour d'autres, reconnaîtrait une origine purement mécanique. Chez le vivant, lorsqu'il existe, ce qui est très

(1) BERGSON. Cité par Krishaber et Peter.

(2) KRISHABER et PETER. Maladies du larynx. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

(3) TÜRCK. Klinik d. Krankheiten d. Kehlkopfs u. Luftr. (Vienne, 1866, s. 145.)

(4) HERYNG. Die Heilbarkeit d. Larynxphthisie. (Stuttgart, 1837.)

rare (SOMMERBRODT), une tuméfaction unilatérale, on ne verrait pas de dépression (B. FRÄNKEL).

Les choses se passent un peu différemment lorsque les lésions sont bilatérales ; il existe quelquefois alors une saillie d'un côté qui se loge au moment de l'adduction dans une dépression correspondante de l'autre corde, il y a en quelque sorte emboîtement réciproque, d'où possibilité de l'occlusion glottique totale (FRÄNKEL, RETHI, MEYER, SOMMERBRODT).

Des recherches récentes de KANTHACK, il résulte qu'il peut exister au niveau des processus vocaux une tuméfaction ovalaire bilatérale ou unilatérale, avec ou sans dépression centrale ; l'emboîtement admis par les auteurs et que nous avons nous-même constaté, serait assez rare. Il n'est pas toujours nécessaire, d'ailleurs, de l'invoquer pour expliquer la possibilité de l'occlusion glottique, malgré l'existence de tuméfaction de la région des processus vocaux. Celle-ci siège en effet assez souvent un peu au-dessus du niveau de la corde vocale.

Lorsqu'on constate une dépression centrale, il est possible d'en donner une explication anatomiquement rationnelle. Il existerait en effet un petit pli sur la muqueuse normale, visible même chez les jeunes sujets, siégeant sur la face interne des aryténoïdes, légèrement oblique en avant et en bas, et passant immédiatement au-dessous des processus vocaux. A partir de ce point, il prend une direction à peu près parallèle aux cordes.

L'hyperplasie porte surtout sur la muqueuse lâche et riche en glandes de ce repli muqueux qu'elle soulève, alors qu'elle respecte la muqueuse peu glandulaire et très adhérente au niveau des processus vocaux.

CHIARI, dans un mémoire important sur lequel nous aurons à revenir, affirme n'avoir jamais rencontré de pachydermie typique.

De la description de VIRCHOW, il ne reste donc que peu de chose, et nous avons simplement à noter une tuméfaction hyperplasique de l'extrémité postérieure des cordes avec dépression correspondante, d'ailleurs inconstante, sur la

corde du côté opposé. C'est là un aspect que nous avons pu constater plusieurs fois dans les formes scléreuses et végétantes de la tuberculose. Néanmoins, nous devons remarquer que, pour que la dépression du côté opposé se produise, il semble important que ce côté soit le siège d'un processus inflammatoire. C'est ainsi que, dans les cas où la corde opposée est saine (polypes), il n'existe pas de dépression. En outre, il est nécessaire d'ajouter que nous n'avons guère constaté cet emboîtement que dans le segment postérieur des cordes.

Quoi qu'il en soit, *nous en arrivons à cette conclusion que, ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue étiologique, ni au point de vue symptomatique, la pachydermie laryngée ne mérite une place à part parmi les affections du larynx.*

Cela n'enlève rien, encore une fois, à l'intérêt qui s'attache aux recherches de VIRCHOW, qui est resté sur le terrain anatomique, mais nous sommes conduits à reporter purement et simplement dans le cadre des laryngites chroniques, les faits publiés par les auteurs allemands sous le nom de pachydermie laryngée.

Ainsi, ce sont les anciens auteurs, Störk entre autres, qui, à notre avis, étaient dans le vrai en les décrivant comme laryngites chroniques. Malheureusement, ils mettaient trop de choses dans ce cadre (1). Aussi, la remarque déjà citée de SOMMERBRODT, qui s'étonne que ce soit un anatomiste et non un laryngologiste qui ait décrit le premier la pachydermie du larynx, n'a plus de raison d'être. Ce que VIRCHOW a décrit sans doute le premier, puisque les recherches de son élève RHEINER remontent à 1852, n'est nullement une affection nouvelle, mais un processus anatomique spécial, un des modes de réaction de la muqueuse laryngée à des irritations de nature diverse.

CHIARI est arrivé aux mêmes conclusions que nous sur ce dernier point. Nous sommes heureux de nous rencontrer

(1) ISAMBERT avait déjà nettement affirmé la nécessité d'une revision sévère des différentes lésions réunies sous le nom de laryngites chroniques.

aussi d'accord avec cet auteur compétent qui a suivi le même plan de recherches que nous. Ajoutons que nous avons entrepris ces recherches il y a plus de deux ans, c'est-à-dire bientôt avant d'avoir eu connaissance du travail de Chiari, auquel nous reconnaissons d'ailleurs pleinement la priorité, puisque celle-ci reconnaît pour mesure la date de la publication.

IV

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

Après cette discussion un peu longue, mais nécessaire pour justifier notre façon de voir, nous allons pouvoir décrire rapidement les lésions de la laryngite chronique.

Il est rare que la muqueuse ne soit pas largement prise dans les laryngites chroniques, mais il s'agit le plus souvent de lésions légères, toutes superficielles, les lésions graves se localisant souvent en un point assez limité.

Parmi les parties du larynx le plus fréquemment et le plus profondément atteintes en pareil cas, il faut citer en première ligne les rubans vocaux et la région aryténoïdienne. Cette donnée générale qui résulte de l'examen objectif du larynx se trouve confirmée par la fréquence des altérations de la voix en pareil cas.

Mais il ne faudrait pas croire que les lésions ne puissent s'observer en d'autres points. Elles peuvent exister dans tout le larynx, notamment au niveau de la face laryngée de l'épiglotte et sur les bandes ventriculaires. HEYMANN a vu de l'épithélium pavimenteux en différents points de la région vestibulaire : il considéra même, comme nous l'avons déjà dit, le fait comme normal. Nous avons trouvé comme HEYMANN, comme KANTHACK, la métaplasie épithéliale avec ou sans transformation dermoïde de la muqueuse dans plusieurs larynx en apparence normaux, provenant de sujets à voix non altérée, et cela sur des points divers. Dans un cas de

KANTHACK (larynx d'enfant de moins d'un an), toute la région sus-glottique était lésée.

Dans les cas simples les plus fréquents, on observe seulement une métaplasie épithéliale plus ou moins étendue. Les lésions du chorion muqueux sont peu prononcées. L'épithélium présente une épaisseur plus grande qu'à l'état normal, il est constitué par des éléments cellulaires de formes assez variées, dont le noyau peut présenter des figures mitotiques (BERGENGRÜN (1). On n'observe pas ici de papilles bien nettes de nouvelle formation. C'est là le degré le plus simple des lésions de la laryngite chronique; le chorion muqueux reste intact.

On observe parfois dans certains cas sur la muqueuse un peu rugueuse, de petites saillies, et l'on trouve à l'examen histologique une hyperplasie épithéliale marquée et des lésions qui rappellent celles que nous décrirons dans un instant sous le nom de transformation dermoïde; d'après certains auteurs ces nodules pourraient aussi avoir une origine glandulaire.

Telles sont les lésions que nous avons rencontrées à l'examen de larynx provenant de sujets non tuberculeux et dont la muqueuse paraissait presque normale à l'œil nu.

D'ailleurs KANTHACK a vu la métaplasie épithéliale des larynx paraissant sains, et, dans deux cas, chez des enfants morts dans leur première année. Il semblerait même que la métaplasie épithéliale puisse se développer d'une façon plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans ces cas de KANTHACK, la lésion épithéliale occupait toute la muqueuse laryngée; nous ne l'avons jamais trouvée aussi étendue chez l'adulte. Chez ce dernier, elle se montre de préférence sur la face postérieure de l'épiglotte et à la partie postérieure du larynx.

Mais le ventricule reste habituellement normal. Il est rare même de trouver une métaplasie épithéliale complète au niveau des bandes ventriculaires lorsque celles-ci ne sont pas tuméfiées.

(1) BERGENGRÜN. Verruca dura laryngis. (*Virchow's Archiv*, Band CXVIII.)

Lorsque les lésions sont plus marquées, l'aspect dépoli de la muqueuse est plus accentué, et il existe fréquemment une tuméfaction légère de la région postérieure du larynx, surtout vers la partie glottique.

Pour HERYNG, la tuméfaction de la muqueuse, irritée mécaniquement par les contractions du muscle sous-jacent (idée déjà émise par PETER et KRISHABER), détermine l'altération et l'atrophie des glandes. Il en résulte un état de sécheresse de la région qui favorise la production des lésions épithéliales. La constatation d'un processus analogue en d'autres points de la muqueuse où l'on ne peut invoquer ce mécanisme, le rend au moins fort douteux.

On a désigné alors l'ensemble des lésions sous le nom de transformation dermoïde de la muqueuse. L'épithélium prend un développement considérable et se divise en deux couches à réactions microchimiques différentes. Nous ne reviendrons pas sur la description que nous en avons donnée plus haut. En même temps se développent des papilles, et le chorion muqueux présente des lésions déjà assez nettes, bien étudiées par EPPINGER. En un mot, la métaplasie est totale et l'on se trouve en présence d'un revêtement épidermoïdal. (Il peut même y avoir production d'éléidine, KANTHACK.)

Que les lésions du chorion muqueux deviennent plus marquées, et l'on a la laryngite chronique hyperplasique et la pachydermie laryngée de VIRCHOW.

Ces altérations s'observent surtout vers le segment postérieur du larynx. Au niveau de la région des processus vocaux, en raison de la structure de la muqueuse, elles se montrent souvent sous l'aspect de tuméfactions ovalaires, horizontales, de coloration rouge vif, plus ou moins régulières, avec ou sans dépression centrale, uni ou bilatérales. Nous avons suffisamment insisté sur ces points, ainsi que sur la production de dépressions sur la corde correspondante dans le cas de tuméfaction unilatérale, pour n'y pas revenir. A la région interaryténoïdienne, on observe un boursoufflement plus ou moins marqué avec productions de mamelons à crêtes irrégulières, souvent de véritables productions po-

lypoïdes. Cet aspect trouve encore ici sa raison dans la structure normale de la muqueuse.

Rappelons l'altération épidermoïdale de la muqueuse laryngée dans les autres points du larynx, surtout dans les lésions spécifiques (tuberculose, syphilis) où elles sont très nettes, notamment autour des ulcérations.

Existe-t-il des ulcérations dans la laryngite chronique? C'est là une question importante et qui a suscité bien des controverses.

Tout d'abord, les auteurs qui admettent l'existence d'ulcérations sont unanimes à déclarer qu'il ne s'agit pas de pertes de substance larges et profondes, comme dans la tuberculose, la syphilis ou le cancer. En second lieu, lorsqu'il existe une dépression au niveau des processus vocaux, dans le cas de tuméfaction de la région, lorsque surtout il existe une dépression sur la corde vocale du côté opposé, on peut, si l'on n'y prend garde, facilement s'en laisser imposer, ainsi que le remarque SOMMERBRODT, surtout lorsqu'il y a notamment des mucosités au niveau des points déprimés.

En dehors de ces faits, il n'en reste pas moins certain que, dans quelques cas rares, on peut observer des érosions, quelquefois en forme de rhagades, ainsi que l'avait noté VIRCHOW (1) (formes graves de Heryng (2)).

Quel est le mode de formation de ces érosions? Elles se montrent d'ordinaire dans les cas où les lésions de l'épithélium sont très marquées, où celui-ci acquiert une épaisseur considérable. Elles se produisent soit (érosions) par le fait d'altérations de la couche superficielle de cet épithélium (3) (altération cavitaire, désagrégation moléculaire), soit (rhagades) par un autre mécanisme assez spécial bien étudié par LEROY (4). Par suite de l'hyperplasie énorme de l'épithélium, il se développe de véritables productions polypoïdes, dont le

(1) STÖRK, MACKENZIE, V. ZIEMSEN, GOTTSTEIN, signalent la présence d'ulcérations fissuraires à la région interaryténoïdienne et au niveau des processus vocaux dans la laryngite chronique.

(2) HERYNG. Die Heilbarkeit d. Larynxphtisie. (Stuttgart, 1887, s. 33.)

(3) VIRCHOW. Ueber catarrhalische Geschwüre. (Berliner klinische Wochenschrift, n° 8 et 9, 1884.)

(4) LEROY. Archiv. de physiolog. norm. et path., 1884.

pédicule s'amincit et aboutit à une sorte de déhiscence, d'où production d'une perte de substance fissuraire.

On a invoqué [SCHOTTELIUS (1), ORTH (2), HERYNG (3)], pour expliquer ces érosions épithéliales à la région interaryténoïdienne, l'accumulation et la stase des sécrétions nées sur place ou provenant de la trachée, des bronches, du poumon ou des voies aériennes supralaryngées. Il en résulterait, soit une simple macération des couches superficielles de l'épithélium anormalement épaissi, soit des actes plus complexes dus à la présence de microorganismes dans les mucosités.

Lorsque le processus envahit les segments antérieurs des cordes, il se produit une exagération de l'état dermoïde, et l'on constate des productions verruqueuses, présentant les mêmes caractères histologiques généraux, avec cette particularité que les papilles acquièrent dans ces cas un développement très marqué et que l'hyperplasie épithéliale est énorme.

Nous verrons plus loin que KANTHACK explique par un processus analogue le développement des nodules des chanteurs, qu'il a vu constitués par des masses épithéliales.

La chorde tubéreuse est aussi une variété de ce processus : hyperplasie du chorion muqueux, altérations épithéliales.

Inutile de rappeler encore une fois en terminant que l'ensemble de ces lésions n'a rien de spécifique pour la laryngite chronique. C'est là le mode de réaction du larynx vis-à-vis des irritations chroniques de causes les plus diverses (tuberculose, syphilis, etc.).

Si l'ensemble n'est pas caractéristique, à plus forte raison

(1) SCHOTTELIUS. Zur Ätiologie einfacher Kehlkopfgeschwüre. (Cassel, 1880.)

(2) ORTH. (*Lehrb. v. Patholog. Anatomie*, t. I, p. 315.)

(3) HERYNG. *Loc. cit.*, p. 26.

(4) VIRCHOW. *Loc. cit.*

RHEINER. *Loc. cit.*

GOUGUENHEIM et TISSIÉR. *Loc. cit.*

B. FRANKEL. *Berliner klin. Woch.*, 1890.

MICHELSON. *Berliner kl. Woch.*, 1890, n° 10.

RETHL. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889.

MEYER. *Société laryng. de Berlin*, 1889.

SOMMERBRODT. *Berliner klinische Wochenschrift*, 90, n° 19.

les détails, et c'est à tort que l'on a voulu considérer comme toujours suffisant pour affirmer la tuberculose du larynx, l'aspect inégal, mamelonné, de la région interaryténoïdienne. Aussi bien n'est-ce pas cette forme de lésion que nous avons décrite avec M. le docteur GOUQUENHEIM, comme particulière au début de la tuberculose laryngée, comme on nous l'a fait dire un peu à la légère. Nous reviendrons sur ce point, dans quelques instants, mais hâtons-nous de déclarer qu'il est souvent fort délicat de distinguer les altérations interaryténoïdiennes de la laryngite chronique, de celles du début de la tuberculose. On ne saurait même songer à faire fond sur l'état du poumon; car nous pensons, avec SCHECH, avec GOTTSTEIN, etc., que les lésions de la région interaryténoïdienne peuvent précéder pendant longtemps l'apparition des premiers signes saisissables de tuberculose pulmonaire (1).

(A suivre).

II

ŒDÈME AIGU INFECTIEUX BÉNIN DU LARYNX

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

La récente communication de M. Merklen à la Société médicale des hôpitaux, sur le *Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx*, m'a rappelé deux cas d'œdème aigu du larynx que j'avais observés dans mon service, en 1889 et 1890. Je tiens à les faire connaître pour bien démontrer que les œdèmes primitifs aigus du larynx ne sont pas toujours

(1) JÜRGENS, *Charité-Gesellschaft*, 1889.

SANDMANN, SCHÖTZ, LANDGRAF, B. FRENKEL, KRAKAUER, SCHADEWALDT. *Berlin. klin. Woch.*, n° 10, p. 235, 10 mars 1889.

HEYMANN. Beitrag zur Kenntniss d. Epithel und der Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv*, Bd CXVIII.)

O. CHIARI. 10^e Congrès international de Berlin, 1890.

mortels. En effet, dans la même séance, mon distingué et savant ami, M. Gouguenheim, citait le cas de guérison publié récemment par mon collègue Josserand. J'avais suivi la maladie avec le plus vif intérêt et j'avais pu me convaincre que tous les cas n'aboutissent pas fatalement à la mort.

Les observations que je vais donner ici ont trait à une forme plus bénigne encore, car l'œdème ne tourna pas à la suppuration.

OBSERVATION I. — P..., âgé de 24 ans, voiturier, entre dans mon service, salle Saint-Pothin, le 11 avril 1889. Cet homme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il présente cependant une certaine délicatesse du côté du larynx. A 15 ans, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une extinction de voix qui dura dix-huit jours sans dyspnée ni dysphagie. Depuis cette époque, sa voix s'enrouait facilement quand il s'exposait à de brusques variations de température.

Pendant son service militaire, étant brigadier, il était obligé de commander, sa voix était rapidement affaiblie et devenait rauque, principalement en hiver. Il faut ajouter qu'il fumait et chiquait beaucoup. Il n'a jamais eu la syphilis. Employé chez un marchand de vins depuis six mois, il a pris l'habitude de boire non seulement du vin, mais encore de l'alcool. Son estomac et son appétit ne sont néanmoins pas compromis.

Au mois de janvier, il s'enrhume pendant ses 28 jours de service militaire. La bronchite dure quelques jours et s'accompagne de laryngite avec raucité de la voix. La voix s'améliore à diverses reprises, sans reprendre absolument son caractère normal.

Le 5 avril, ayant encore de la raucité de la voix, sans le moindre signe de bronchite, il se met un thapsia sur la poitrine. Le 7 au soir, après avoir bu un peu et fumé d'une façon exagérée, il ressent des picotements dans la gorge et une légère douleur au niveau du cou. Le lendemain, la déglutition devient très pénible, il mange cependant encore de la soupe.

Le 9 et le 10, il travaille péniblement; les efforts de déglutition sont très douloureux et vont en s'accroissant davantage; il ne peut ingérer que du lait ou du bouillon.

Dans la nuit du 10 au 11, il ressent de la fièvre et des frissons et à son réveil la dysphagie est absolue. Il entre à l'hôpital le jour même. Il ne peut rien avaler, il refuse même le lait

et crache sa salive pour éviter les douleurs de la déglutition.

Au repos, il n'éprouve pas de douleur autre que la céphalalgie ; il n'a pas de sensation de corps étranger dans la gorge. La respiration est absolument libre. *Les urines ne contiennent pas d'albumine.* On a malheureusement oublié de noter la température, le jour de l'entrée du malade.

La dysphagie est considérable et la voix presque éteinte. Au laryngoscope je constate que les cordes vocales sont rouges, gonflées et cylindriques ; elles paraissent jouir de mouvements normaux. La fossette latérale rétro-pharyngée gauche est complètement effacée par un œdème mou, violacé qui fait corps avec le ligament ary-épiglottique. Au-dessus de l'éminence ary-ténoïde gauche, œdème de même nature, tremblotant sous l'influence de la phonation. La fossette latérale gauche est aussi le siège d'un œdème moins prononcé. Le craquement provoqué par le déplacement latéral du larynx sur la colonne vertébrale est conservé. Comme traitement local, on se contente de badigeonnages de cocaïne.

Le 12 avril, la céphalalgie a diminué. La dysphagie est identique. L'œdème de la fossette gauche a disparu, mais celui de la fossette droite est encore assez prononcé, on remarque aussi de l'œdème mou en arrière de l'éminence ary-ténoïde droite. Celui de l'ary-ténoïde gauche a disparu. Les cordes vocales inférieures sont dans le même état. La bande ventriculaire droite est passablement tuméfiée. Je badigeonne le côté droit à la cocaïne, puis, immédiatement après, avec de la teinture d'iode pure. Le soir, la température est de 38°,2.

Le 13 avril, le malade prétend qu'après le badigeonnage iodé, la dysphagie a beaucoup diminué. La température est devenue normale. L'œdème de la fossette droite est nul aujourd'hui. La voix est encore un peu altérée, car l'œdème de la corde droite persiste encore et empêche l'occlusion glottique en arrière. Je fais un badigeonnage de teinture d'iode sur la corde droite. Le 15 avril, il n'y a plus la moindre trace d'œdème.

Le malade tousse légèrement.

Le 17 avril, il sort complètement guéri ; il présente à peine un peu de rougeur des cordes vocales.

OBSERVATION II. — A. G..., 24 ans, imprimeur, entre dans mon service le 18 mars 1890. Ce jeune homme n'a pas d'antécédents héréditaires importants. Il avoue quelques excès alcooliques, mais n'a jamais eu la syphilis. A la suite de divers

refroidissements, il prétend avoir ressenti quelques chatouillements au niveau du larynx.

Il ne souffre que depuis trois jours. Il a éprouvé tout d'abord une douleur qu'il localise au niveau du cartilage thyroïde. Cette douleur n'apparaissait que pour la déglutition de la salive et non des liquides et des solides. La voix n'a pas été altérée. La respiration n'était nullement gênée. Le malade continua son travail. Le deuxième jour, les symptômes étaient plus accusés et la douleur bien plus vive. Le matin du troisième jour, la douleur devient atroce, intolérable. Le soir la déglutition de la salive ou d'un liquide quelconque est absolument impossible. Il n'y a pas d'otalgie réflexe. Le malade s'aperçoit que son cou est tuméfié et que la pression avec la main ne peut s'exercer sans douleur. Il n'avait qu'une céphalalgie légère. La nuit, il ne peut dormir, il est très agité, tant la cuisson au niveau du larynx est vive et insupportable. La salive est très abondante. Enfin il y a de la gêne respiratoire.

Il entre à l'hôpital le quatrième jour, c'est-à-dire le 18 mars. Je pratique de suite l'examen laryngoscopique et je constate un œdème considérable de l'aryténoïde à droite. Cet œdème est mou, absolument transparent, comme infiltré. Il ne fait qu'un avec l'œdème du repli aryténo-épiglottique, il se continue ensuite en diminuant et disparaît en mourant sur le milieu de l'épiglotte. La corde vocale du même côté est rouge, aussi la voix est-elle un peu enrouée.

Le malade a de la fièvre, malheureusement le tracé de la température a été perdu. *Les urines ne contiennent pas d'albumine.* Je fais de suite un badigeonnage de teinture d'iode sur tous les points tuméfiés.

Le 20 mars, l'œdème de l'épiglotte a disparu, celui de l'aryténoïde a diminué de moitié; la corde vocale située du côté de l'œdème est encore rouge et tuméfiée. Le malade est bien soulagé. Je fais néanmoins un deuxième badigeonnage de teinture d'iode.

Le 21 mars, amélioration considérable depuis le deuxième badigeonnage. G... se lève et veut absolument sortir, il dit qu'il n'a plus aucun mal. La dysphagie a totalement disparu. L'empatement de la région cervicale n'existe plus et la pression ne réveille pas la moindre douleur. La température est redevenue normale. A signaler seulement un peu de toux et un léger degré d'enrouement.

Si l'on compare ces deux observations, on y constate de grandes ressemblances dans l'évolution de la maladie.

Dans les deux cas, il s'agit de jeunes hommes du même âge ayant eu l'un et l'autre antérieurement quelques atteintes du côté de la muqueuse du larynx. Cette susceptibilité laryngée n'est pas sans éveiller l'idée d'une infection plus facile de la muqueuse, cette muqueuse étant plus apte à se laisser pénétrer par des éléments pathogènes venus du dehors. Dans l'espace de quatre à cinq jours, l'œdème atteint son apogée et la dysphagie est complète. Salive, aliments liquides et solides, rien ne passe. Malgré cette apparence grave, les urines ne contiennent pas la moindre trace d'albumine. La maladie, dans les deux cas, se présente avec des signes objectifs semblables. Le laryngoscope démontre l'existence d'un œdème absolument différent de ce que j'ai observé dans les formes infectieuses supprimées. C'est un œdème mou, tremblotant comme de la gelée dans les points les plus saillants. Il a une teinte opaline transparente, violacée. Il est donc bien différent de l'œdème dur, rouge et non transparent de la laryngite phlegmoneuse grave.

Si maintenant l'on veut faire rentrer ces deux cas dans le cadre nosologique sous leur véritable dénomination, on éprouve un certain embarras. C'est pourquoi je les présente sous le nom d'*Œdème aigu infectieux bénin du larynx*.

Cependant le terme bénin n'est pas applicable à tous les cas. Il y a dix ans, je fus appelé un soir brusquement dans un hôtel pour voir une malade qui suffoquait. Je me rendis de suite auprès de la malade, elle était déjà morte à mon arrivée. Cette jeune femme avait de la dysphagie depuis deux jours à peine. Le jour même de sa mort elle était allée consulter un de mes confrères qui ne constata chez elle qu'un peu de rougeur des piliers et du pharynx. Mon confrère me déclara qu'il n'y avait attaché qu'une médiocre importance; il est vrai que l'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué.

La malade était rentrée depuis une demi-heure à peine à l'hôtel quand survint la crise de suffocation mortelle. Il ne me fut pas donné de constater les lésions, mais je suis

persuadé qu'il s'agissait là d'un cas d'œdème analogue aux deux observations ci-dessus.

On voit donc qu'il faut, en pareille occurrence, réserver le pronostic, puisque la moindre crise de suffocation peut causer la mort du malade.

Dans quelle classe peut-on ranger ces œdèmes aigus du larynx ? Je crois qu'il s'agit d'infection relevant d'éléments pathogènes différents.

En 1885, j'ai publié une observation d'œdème aigu suppuré suivi de mort (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*). J'avais alors attiré l'attention sur la coïncidence de l'œdème laryngé et de la pneumonie, et j'avais émis l'hypothèse que le même microbe pouvait engendrer les deux localisations. Une observation publiée en 1890 par mon collègue et ami Josserand dans la *Province médicale*, semble vérifier mon hypothèse.

Mais, dans les observations actuelles, on peut songer, je crois, à l'affection décrite en 1884, par mon savant confrère M. Massei, sous le nom d'*érysipèle primitif du larynx*. Je n'ai pas recherché l'existence du *streptococcus* de Fehleisen. La recherche n'est pas cliniquement facile ni exempte de causes d'erreurs. M. Massei vient d'ailleurs de revenir sur cette question au Congrès international de Berlin (1890).

Il renonce à la preuve de son opinion par la recherche bactériologique. Il s'appuie surtout sur trois signes cliniques : la dysphagie rapide, la facilité de déplacement de l'œdème, l'existence de la fièvre avec rémission rapide.

Dans mes deux cas, l'œdème a provoqué une dysphagie intense, il y avait de la fièvre, et la rémission a été assez rapide. Je n'ai pas vu l'œdème se déplacer d'une façon bien sensible du moins.

En terminant, je veux insister sur l'action utile des badigeonnages de teinture d'iode pure sur les œdèmes aigus. L'œdème se flétrit très rapidement et s'affaisse sous l'influence de cette médication. L'anesthésie à la cocaïne doit précéder le badigeonnage iodé pour éviter la douleur ou la production d'un spasme.

BIBLIOGRAPHIE

Die pathologische Anatomie des Gehoerorganes (Anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe), par STEINBRÜGGE, professeur des maladies de l'oreille à Giessen. — In-8° de 125 pages et 20, gravures. — Berlin, Hirschwald, 1891.

Ce très intéressant travail fait partie du *Traité d'anatomie pathologique spéciale* de J. Orth, dont il constitue la sixième livraison. M. Orth ayant résolu de faire traiter par des spécialistes certaines parties de son livre, comme les maladies de la peau, de l'œil, de l'oreille, s'est adressé pour ces dernières à M. Steinbrügge. Il ne pouvait faire un meilleur choix que celui du distingué professeur de Giessen, qui s'est adonné avec une véritable passion scientifique à l'étude de cette branche de l'art médical et qui possède une collection extrêmement riche de préparations normales ou pathologiques de l'oreille.

Le livre commence par les malformations de l'organe de l'ouïe. Nous serons bref sur ce chapitre; l'auteur divise les malformations en deux catégories : les malformations *par arrêt* et les malformations *par excès* de développement. Les lésions de cet ordre dans le labyrinthe, chez les sourds-muets, sont étudiées avec soin. Steinbrügge appelle l'attention sur l'influence causale de la syphilis chez les parents.

Vient ensuite l'anatomie pathologique du rocher. En ce qui concerne la déhiscence spontanée et les petites perforations pénétrant dans la caisse, l'auteur les croit très rares : celles que l'on observe sur les os macérés ne sont que des artifices de préparation. Les hyperostoses du rocher, les exostoses du conduit, les tumeurs malignes de l'os, sont traitées avec soin et avec une connaissance approfondie de la littérature la plus récente.

A propos des maladies du pavillon, Steinbrügge croit que l'othématome peut se développer non seulement à la suite des traumatismes, mais aussi spontanément, bien que ce soit plus rare. Dans ce dernier cas, il semble nécessaire qu'il ait existé antérieurement des troubles de nutrition ou des blessures de l'oreille : à l'appui il cite le cas d'un de ses malades qui, quinze

aus au, aravant, avait reçu un coup sur l'oreille ayant laissé une cicatrice et des lésions du cartilage et chez lequel un hémato-me se développa sans cause connue. Chez les aliénés, on trouve souvent réunis et les altérations du cartilage et les traumatismes, et ce sont ces deux causes qui expliquent la fréquence chez eux de l'othématome.

Les maladies du conduit auditif ne donnent lieu à aucune observation spéciale; les récentes recherches sur les mycoses auriculaires sont indiquées surtout d'après le travail de Siebenmann. A propos des inflammations du tympan, l'auteur donne une première figure qui montre bien l'inflammation des couches épithéliale et cutanée; il admet l'opinion de Moos et de Habermann sur l'origine épidermique des cholestéatomes. Enfin il appelle l'attention sur ce fait d'observation personnelle que les deux tympans et les deux manches du marteau n'occupent pas une position symétrique; le gauche est nettement plus horizontal que le droit. C'est une notion importante qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'appréciation des enfoncements pathologiques du tympan.

Les maladies de la caisse, hyperémie et congestion, inflammation suppurative aiguë et chronique avec leurs conséquences ultérieures, sont étudiées avec le même soin et la même conscience, mais la description donnée est classique. On y trouvera une bonne revue des travaux récents sur la bactériologie des inflammations de la caisse; mais Steinbrügge ne croit pas qu'on puisse encore tirer de ces recherches des lois sur l'étiologie et l'évolution des maladies de l'oreille. A propos des polypes de la caisse, l'auteur admet qu'on doit distinguer les granulations, les fibromes, les myxomes et enfin les angiofibromes qu'il a décrits en collaboration avec Moos et qui ne sont pas rares, puisque sur 100 cas de polypes Moos et Steinbrügge ont trouvé 55 cas de tumeurs par granulations, 27 angiofibromes, 14 fibromes et 4 myxomes. Les polypes seraient beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme (66 fois chez l'homme 27 fois chez la femme). Il revient sur les cholestéatomes et décrit en détail leur évolution, l'usure des os qu'ils arrivent à produire et les complications cérébrales qui leur font suite; il en cite deux cas personnels.

Les trompes d'Eustache étant la voie de propagation la plus habituelle des affections de l'oreille, un important chapitre leur est consacré, ainsi qu'aux ulcérations de l'orifice et aux rétrécissements qui se produisent dans la continuité. — A signaler

également le chapitre sur la carie et la nécrose du rocher. On peut regretter ici que l'auteur ne se soit pas étendu davantage sur les abcès cérébraux ou intra-craniens consécutifs, qui sont seulement signalés.

Mais c'est surtout dans l'étude des affections du labyrinthe que M. Steinbrügge apporte une foule de documents personnels et intéressants. La méthode employée par Moos et Steinbrügge pour la préparation du labyrinthe, bien qu'ayant déjà été publiée plusieurs fois, mérite d'être reproduite à nouveau, car elle donne d'excellents résultats. Les rochers, réduits au volume le plus petit possible, doivent être placés pendant 48 heures dans une solution d'acide osmique à 1 ou 2 0/0; on les met alors dans une solution à 1/6 0/0 d'acide chromique, laquelle est remplacée deux jours plus tard par une solution à 1/4 0/0. Deux jours après, on place les os dans une solution d'acide chromique à 1/2 0/0 à laquelle on a ajouté 20 centimètres cubes d'acide nitrique par litre: ce liquide doit être changé tous les trois à quatre jours, et la décalcification dure en moyenne huit semaines.

Lorsqu'on juge les os suffisamment ramollis, et il faut se rappeler qu'il y a des points particulièrement durs (dans le conduit auditif interne, à la base du modiolus et sur la paroi postérieure du vestibule), on les lave à l'eau et on les place pendant trois heures dans de l'alcool à 95°. On les place ensuite dans de l'eau courante pendant six heures, puis dans de l'alcool à 95° qu'on chargera à nouveau s'il se colore en vert.

Pour faire de bonnes coupes, il est indispensable de se servir de la celloidine. Après avoir mis les rochers dans de l'alcool absolu pour les déshydrater complètement, on les met pendant 24 heures dans le mélange d'alcool absolu et d'éther à parties égales. Il est bon de le renouveler au bout de 24 heures: on projette alors dans le mélange de petites quantités de celloidine de manière à former une solution d'abord très claire, qui pénétrera dans le labyrinthe et fixera les parties. Au bout de huit jours, on retire les pièces et on les conserve dans de l'alcool à 50 0/0.

Tous les chapitres consacrés à l'anatomie pathologique du labyrinthe mériteraient d'être reproduits, et l'on conçoit que le cadre de cette revue bibliographique ne nous permette pas d'entrer dans les détails. Nous ne signalerons que les points principaux. Après avoir étudié d'une manière générale l'hypérémie, les hémorragies et les inflammations de l'oreille interne, il les reprend en particulier dans la méningite cérébro-spinale dont

il a pu examiner personnellement plusieurs cas, dans les affections diphtéritiques de la caisse, la rougeole, la syphilis, la tuberculose, la leucémie, l'ostéomyélite, etc. De nombreuses figures d'après des préparations de l'auteur, contribuent à rendre ses descriptions très claires.

A propos de la leucémie, Steinbrügge rapporte une nouvelle observation : chez une jeune fille de 14 ans morte après avoir présenté une surdité très prononcée pendant les derniers jours de sa vie, il trouva de petites hémorragies dans le limaçon droit, entre l'organe de Corti et la strie vasculaire; à gauche, le canal semi-circulaire membraneux supérieur renfermait un gros caillot sanguin. On sait qu'il n'existait jusqu'alors que trois autopsies du rocher dans ces cas de surdité compliquant la leucémie (Pollitzer, Gradénigo, Steinbrügge).

Le livre se termine par quelques considérations intéressantes sur les modifications du labyrinthe consécutives à l'élévation de la pression intracrânienne et par une courte description des altérations pathologiques (gommes, tubercules, tumeurs, dégénérescences) qui peuvent atteindre le nerf acoustique lui-même.

M. LANNOIS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Compte rendu, par P. GASTOU

Séances des 4 et 5 mai 1891.

Président : D^r RUAULT

Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure à fente médiane. — Observation de polype laryngien enlevé à l'aide de cette pince, par le D^r SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers). — Sera publié.

Discussion.

D^r RUAULT. Ces pinces sont très bien construites, elles ressemblent à celles de M. Gouguenheim, mais avec la fenêtre en plus. Les miennes permettent de bien voir le champ opé-

ratoire, à condition de les placer obliquement. On peut enlever des polypes pendant la phonation.

D^r SUAREZ DE MENDOZA. Remercie le D^r Ruault de son appréciation, mais lui fait remarquer que s'il est vrai qu'avec une pince antéro-postérieure ordinaire, assez mince, et en l'inclinant légèrement, on peut voir parfois le champ opératoire et le néoplasme, l'intervention n'est pas à beaucoup près aussi sûre qu'avec son instrument, lequel, sans aucun artifice, livre toujours passage à un faisceau lumineux qui éclaire et dévoile à l'œil de l'opérateur la tumeur à enlever.

D^r MADEUF. Constate que parmi les pinces du D^r Suarez de Mendoza, il en est qui ont l'avantage de n'être coupantes que d'un seul côté, ce qui permet d'opérer sur l'une ou l'autre corde vocale.

Présentation d'un malade âgé de 23 ans, porteur d'un épithélioma nasal, par le D^r MADEUF. — M. Madeuf présente un jeune homme porteur d'une tumeur nasale à droite. Cette tumeur avait au début l'aspect d'un polype, sans en avoir la consistance ni la mobilité. Un fragment soumis à l'examen du D^r Latteux, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Depuis, le malade est allé voir le D^r Desprès qui, sans faire la rhinoscopie, a diagnostiqué une périostite. Le D^r Madeuf voulait une cure radicale; le malade, sur le conseil du D^r Desprès qui maintint son diagnostic malgré l'examen histologique, a été simplement ponctionné.

Discussion.

D^r RUULT. La Société compte parmi ses membres des histologistes, entre autres le D^r Chatellier, qui pourra donner son avis.

D^r GOUGUENHEIM. La compétence du D^r Latteux est suffisante en pareil cas.

D^r RUULT. En tous cas, cette tumeur rosée, mûriforme, saigne abondamment, et les sarcomes donnent des signes analogues. Il faut dans ces cas une cure radicale.

Empyèmes chroniques de l'antre d'Highmore et faux empyèmes, par le D^r MOURE (de Bordeaux). — Krause, Anderman, Luc, Jeanty, ont signalé dans la symptomatologie de l'empyème de l'antre d'Highmore l'écoulement unilatéral par une narine, écoulement variant avec la position de la tête, l'odeur perçue par le malade, et en dernier lieu l'écoulement du pus en arrière.

Il existe des cas de faux empyèmes dans lesquels les malades présentent tous les signes précédents sans que l'autre soit malade.

Voici deux observations à l'appui : 1^{re} observation : Femme de 28 ans, rhumes de cerveau fréquents ; depuis 5 ans mouche du pus venant d'une seule narine. Pas de maux de tête. L'examen rhinoscopique fait voir un gonflement hypertrophique de la muqueuse des cornets inférieurs des deux côtés et du pus dans le méat moyen du côté gauche. L'auteur pensait à un empyème, mais la destruction au thermo-cautère de la poche purulente amena la guérison.

2^e Observation : Mêmes phénomènes chez un homme de 48 ans, Même erreur de diagnostic. Amélioration rapide par le même traitement. Dans les deux cas, l'éclairage de la face par transparence n'a pas été fait, l'auteur ne lui attribuant qu'une valeur relative.

Discussion.

D^r LUC. N'est pas d'avis que l'éclairage électrique soit inutile dans le diagnostic des empyèmes. M. Moure n'a pas parlé de l'état des dents. La carie de certaines molaires a une grande importance.

D^r MOURE. Dans le second cas seulement, mon malade avait une molaire en mauvais état.

J'ai opéré des empyèmes qui avaient de bonnes dents.

D^r LUC. Il n'existe pourtant qu'une exception sur 30 cas.

D^r MOURE. Il n'y a pas que la carie dentaire qui cause l'empyème, certains coryzas contemporains de l'influenza ont donné lieu à des suppurations de l'autre.

D^r GOUQUENHEIM. Il n'est pas douteux qu'il existe des empyèmes avec bonnes dents, ou dans lesquels les dents ne sont pour rien. Dans quelques cas, faire sauter une dent entraîne un excellent résultat. J'ai vu avec tous les signes les plus évidents de catarrhe, une absence complète de pus. Je demanderai à M. Moure en quel point il a ponctionné la poche purulente. Quelle était la nature de cette poche ? Aux dépens de quoi était-elle formée ? Comment cette collection a-t-elle guéri ?

D^r MOURE. J'ai ponctionné la poche purulente comme si j'avais eu à faire une ponction exploratrice ou une injection dans le sinus. La tumeur était probablement un kyste suppuré, je l'ai incisée d'avant en arrière au thermo-cautère, et la guérison s'est faite comme dans un kyste ouvert largement.

Dr LUC. Je n'ai pas dit que le mauvais état des dents soit toujours cause de l'empyème, mais je persiste à croire que la carie des premières grosses molaires existe dans la grande majorité des cas. S'il y a un abcès suppuré, je préfère ouvrir la fosse canine que d'arracher une dent. C'est ce que j'ai fait pour un abcès à streptocoques, j'ai ouvert la fosse canine.

Dr MOURE. Il m'a paru, dans certains cas, très difficile de savoir si une dent est bonne ou mauvaise. On a vu des kystes de la racine d'une dent occuper tout le sinus maxillaire, sans donner lieu à des signes visibles du côté de la dent. Et une grosse question est celle de savoir si le malade acceptera l'extraction d'une dent qui lui paraît saine.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. Comme M. Luc, je préfère l'opération par la fosse canine dans tous les cas où l'examen le plus attentif ne peut imputer à aucune dent l'affection du sinus. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice pratiquée par la fosse canine à l'aide de la machine de White et d'un mince foret (comme en emploient les dentistes pour agrandir les canalicules dentaires) est aussi inoffensive que la piqûre faite au bras avec l'aiguille de Pravaz, et elle permet, si on remplace le foret par un trocart, de compléter le diagnostic en faisant l'aspiration.

Je n'admets pas, comme mon confrère M. Moure, qu'on enlève des dents saines, sous prétexte qu'on ne peut savoir si la racine est malade. Avec un peu d'habitude et d'attention, il est toujours possible de diagnostiquer, dans une dent saine en apparence, soit une carie du collet, soit une tumeur périostique, ou une périostite simple. On peut alors intervenir par l'alvéole dentaire, après extraction de la dent malade. Mais lorsque l'examen avec la sonde, l'action de l'eau chaude et de l'eau froide n'ont rien révélé d'anormal, il convient d'agir par la fosse canine, tant pour procéder aux injections détersives que pour donner une libre issue aux liquides contenus dans le sinus.

Dr GELLÉ. Pour éviter l'erreur, il faut attacher de l'importance au bourrelet hypertrophique et ouvrir la poche.

Dr LUC. Ce n'est pas la dent en elle-même qui cause la supuration du sinus, celle-ci provient de la carie de l'os. Et comme l'a montré Cruet, elle est liée à une carie avancée.

Dr GOUGUENHEIM. Je ne suis pas partisan de l'opération par la voie canine, que je n'ai jamais tentée du reste. Je voudrais savoir combien de temps la perforation reste ouverte?

Dr SUAREZ DE MENDOZA. Trois mois.

Dr RUULT. J'ai vu une fistule durer cinq ans.

Dr GOUGUENHEIM. Je préfère l'extraction dentaire. La fistule canine permet l'introduction des aliments ou l'évite difficilement. En extrayant, au contraire, une dent, j'ai imaginé un moyen d'éviter la pénétration des aliments. Le petit instrument que je vous présente ici est une petite canule de Magitot; j'y ai fait ajouter un obturateur mobile, fixé sur un pivot; il se meut perpendiculairement à l'axe de la canule qui est à la place de la dent enlevée. Le malade veut-il manger, il ferme sa fistule; il l'ouvre ensuite dans l'intervalle des repas et le pus sort.

Dr RUVAULT. M. Moure nous a entretenus de deux erreurs de diagnostic auxquelles il n'eût pas été entraîné s'il avait fait l'examen par transparence.

M. Cartaz et moi avons vu dans un cas de léger catarrhe une opacité sous-orbitaire très nette. C'est là qu'il faut chercher ce signe et non ailleurs. Et de 50 cas, dont 3 empyèmes doubles, je puis conclure que l'on peut voir l'opacité sans empyème, mais jamais l'empyème sans opacité.

Il existe des erreurs de diagnostic causées par l'éclairage: une masse de caséum, l'apophyse ensiforme, peuvent en imposer; mais souvent alors le siège de l'opacité diffère. L'opacité peut aussi se montrer chez certains sujets au niveau de la joue, par suite de l'épaisseur de la couche musculaire, quoique le sinus soit sain. Si l'opacité existe d'un côté et pas de l'autre, on peut presque affirmer le pus. Du reste, ce pus peut être attiré par les aspirations que les malades font en se mouchant et vient séjourner à la partie supérieure de l'antra d'Highmore; il y a alors opacité même pour très peu de pus.

Pour ce qui est du traitement, la perforation du méat inférieur pour pénétrer dans le sinus n'est pas une méthode de choix, car on peut fracturer les parties osseuses. Je préfère, comme moyen de diagnostic, vérifier l'état des dents, et comme traitement, enlever l'avant-dernière molaire.

Dr MOURE. L'éclairage par transparence est loin d'être un signe diagnostique certain, s'il existe peu de pus la transparence est absolue. Je dirai à M. Luc que les dents ne sont pas toujours cariées jusqu'à la pulpe, et que quelquefois une ou deux racines restent bonnes.

Dr GOUGUENHEIM. La question de l'examen par transparence, pour constater l'existence ou l'absence de pus, est embarrassante, et dans bon nombre de cas cet examen ne résout pas la question. Il s'agit quelquefois d'un catarrhe léger, bénin, du sinus, consécutif à une rhinite qui existe encore; d'autres fois,

c'est un myxome, un papillome. L'éclairage ne donne pas alors de résultat s'il n'y a pas d'opacité. Souvent le traitement améliore. On raisonne toujours sur des cas types, il en est sans opacité; un seul signe dans ce cas n'est pas pathognomonique.

Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte, par le Dr F. SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers. — On sait, dit l'auteur, la vogue évidemment exagérée dont a joui la pilocarpine à son apparition sur la scène médicale. Il n'est guère d'affections pour lesquelles on n'ait tâté du fameux spécifique.

Quoi qu'il y ait eu des échecs, ce topique n'en jouit pas moins d'une faveur méritée, et on lui reconnaît de nombreuses indications.

Voici un cas où il a fait merveille et qui mérite, à ce titre, d'être porté à la connaissance du public médical.

Le 5 novembre 1890, à cinq heures du matin, l'auteur fut mandé en toute hâte par deux de ses confrères pour examiner le larynx d'un jeune homme atteint d'œdème grave de la glotte et aux prises avec des accès de suffocation menaçants. La situation était critique, et les deux confrères de l'auteur penchaient pour l'intervention chirurgicale. Celui-ci, remarquant au niveau du gonflement glottique un léger interstice pendant la respiration du malade, crut pouvoir temporiser et proposa l'emploi de la pilocarpine, qui lui avait déjà réussi dans deux cas analogues.

Cette médication ayant été acceptée par ses confrères, à la condition qu'on se tiendrait prêt à opérer si le danger devenait imminent, le Dr F. Suarez de Mendoza procéda aux injections de l'alkaloïde. Il en fit trois, espacées de vingt minutes, ce qui porta à 25 milligrammes la somme d'alkaloïde injecté. Dès la première injection, un soulagement marqué se faisait sentir, et un quart d'heure après la troisième, quand l'auteur quitta le malade, ce dernier était, d'anxieux, redevenu absolument calme. Tout danger était conjuré. Huit jours après la guérison était complète.

Discussion.

Le Dr MOURE trouve cette observation intéressante, mais il ne s'en dégage pas des indications pour l'emploi d'un pareil moyen.

Papillome du larynx chez l'enfant. Disparition complète après la trachéotomie, par M. GAREL, de Lyon. (Voir *Annales*, n° 6; 1891.)

Quelques considérations sur la syphilis héréditaire tardive des fosses nasales, par le Dr NOQUET, de Lille. — Il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire tardive des fosses nasales observé récemment.

Un confrère lui amena en novembre dernier une petite fille de 12 ans; il croyait, à cause des antécédents héréditaires, à l'existence d'un lupus nasal. L'enfant avait de l'enchifrènement, un écoulement du nez abondant, épais. Le lobule était aplati, rouge, induré. Il n'y avait pas le nez en lorgnette caractéristique décrit par Fournier. De chaque côté de la sous-cloison se voyait une ulcération ou crevasse assez profonde, et dont le fond était d'un gris sale. Les fosses nasales étaient remplies de mucosités épaisses, noirâtres, n'ayant cependant qu'une odeur fade, non comparable à celle que provoque l'ozène ou la carie syphilitique. Un nettoyage complet des fosses nasales permit d'apercevoir une perforation de la portion cartilagineuse de la cloison ayant à peu près la largeur d'une pièce de 20 centimes.

La muqueuse au niveau de la cloison et des cornets était gonflée et tuméfiée, il n'y avait ni carie ni nécrose pouvant être, du moins, perçue par le stylet. L'enfant avait souffert des yeux autrefois; elle présentait des leucomes, traces évidentes de kératites parenchymateuses anciennes. Elle avait les déformations dentaires d'Hutchinson, une cicatrice du voile du palais, près de la luette, et des syphilides squameuses sur les jambes. Le père de l'enfant nia d'abord tout accident syphilitique. M. Noquet néanmoins prescrivit comme traitement général le sirop de Gibert et les chaussettes napolitaines de Denis-Dumont; comme traitement local: des injections de résorcine à 20 0/0 et des applications de chlorate de potasse. Au bout de huit jours l'amélioration se manifestait.

Ce qui confirma encore l'opinion première de l'auteur, c'est d'une part l'absence de bacilles de Koch constatée par le Dr Combemale, et en second lieu l'aveu tardif du père d'un chancre contracté en 1870. A l'heure actuelle l'enfant est presque guérie, mais la perforation de la cloison persiste.

Discussion.

Le Dr GELLÉ attache une grande importance à l'examen des fosses nasales dans les cas d'hérédo-syphilis. Il cite à l'appui deux faits: 1° Celui d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de surdité progressive sans grande lésion du côté de l'oreille moyenne.

Rien du côté du voile du palais ni des yeux. La découverte d'une perforation de la cloison nasale fit prescrire un traitement spécifique et la malade guérit. 2° Le deuxième cas a été cité par le professeur Charcot dans une de ses cliniques médicales. Un sujet de 22 ans présentait des crises d'épilepsie jacksonienne. Il avait en outre des traces d'une choroïdite ancienne.

GELLÉ constata une disparition presque complète du cornet inférieur gauche et une cicatrice défoncée, déprimée, du cavum.

Un traitement spécifique intensif a diminué depuis fortement en cinq mois les crises.

GELLÉ pourrait rapporter également le cas d'un garçon de 16 ans, qui avait également de l'épilepsie jacksonienne et de l'otorrhée et que guérit le traitement spécifique; mais chez celui-ci il n'existait rien sur la cloison.

Dr NOQUET. Les affections auriculaires : otites sèches, scléroses, surdité complète, sont très fréquentes dans la syphilis héréditaire tardive.

Sur le meilleur traitement à suivre après l'ablation des tumeurs adénoïdes pour éviter le coryza chronique, par le Dr MADEUF, de Paris. — M. Madeuf offre aux membres de la Société les photographies du même enfant idiot, porteur de végétations adénoïdes, faites à 18 mois, à 3 ans, 6 ans, 10 et 14 ans. Cet enfant a parfaitement respiré par le nez après l'opération, et depuis, d'après ce qu'a écrit le père, il maintient la bouche ouverte.

Pour éviter le coryza chronique, M. Madeuf conseille, en plus du traitement général, des injections chaudes et l'introduction de lanières de mousseline dans les fosses nasales, pour partager entre la voie buccale et nasale l'air qui doit servir à la respiration.

Discussion.

Dr MOURE. Le coryza précède quelquefois et est toujours concomitant dans les cas de tumeurs adénoïdes. Il disparaît après l'opération par l'emploi d'irrigations antiseptiques ou salées.

Dr NOQUET. Dans les cas où les tumeurs adénoïdes sont peu développées, on les voit, chez des enfants de 12 à 13 ans qui présentent du coryza chronique avec hypertrophie des cornets, disparaître rapidement si on traite le coryza et la tuméfaction de la muqueuse. Et dans ces cas, la galvano-caustique sur le

cornet inférieur, l'application de chlorate de potasse diminuent la gêne respiratoire et guérissent le malade.

Dr CHATELLIER. Les tumeurs adénoïdes sont des tumeurs d'origine irritative, parasitaire. Le tissu adénoïde est le siège d'une inflammation qui aboutit à une tuméfaction ou à un retrait. Il y a identité absolue entre la pathologie de l'amygdale pharyngée et celle des glandes adénoïdes du rétro-pharynx.

Dans les inflammations adénoïdes on retrouve, comme dans toutes les suppurations, des staphylocoques citreus, albus, aureus, des streptocoques; quelquefois le microbe de Friedländer, qui est peu défini. Il n'y a donc pas dans les tumeurs adénoïdes une pathologie mystérieuse; il y a, si l'on peut dire, adénoïdite et phénomènes inflammatoires qui se propagent à la trompe et à l'oreille moyenne. Il y a dans l'otite les mêmes microbes que dans la tumeur adénoïde. Toutes ces manifestations ne sont que l'expression d'une même maladie, d'où l'origine est dans le cavum rétro-nasal. C'est le résultat d'un coryza antérieur, postérieur, tubaire et de la caisse.

Dr MOURE. L'amygdale pharyngée ne diffère, en effet, aucunement de l'amygdale buccale.

De certaines surdités dans l'otite moyenne sèche et des moyens d'y remédier, par le Dr Mior, de Paris. — L'auteur fait l'histoire des interventions opératoires pratiquées jusqu'à ce jour dans la cure des surdités dues à l'otite moyenne sèche. Il passe en revue l'enlèvement du tympan, l'extraction des osselets, les perforations curatives, et étudie le processus de cicatrisation et les résultats obtenus. Il insiste sur les diverses indications ou contre-indications et fait remarquer que malgré la perforation artificielle du tympan, la surdité a presque, comme avant toute opération, les mêmes variations suivant l'état météorologique de l'atmosphère. Ayant constaté combien l'acuité s'améliore chez ses malades quand il y a un peu d'hyperhémie de la muqueuse et sécrétion de liquide, il a voulu reproduire, chez ses opérés, les mêmes conditions au moyen d'instillations. Ayant essayé successivement l'eau salée, la glycérine, qui est douloureuse, il a choisi la vaseline liquide avec ou sans iode. Ce mélange ainsi formulé :

Vaseline liquide.....	80 grammes.
Iode métallique.....	1 centigr.

est admirablement supporté par la muqueuse. L'acuité auditive est augmentée et rendue plus nette, les variations de tempé-

rature sont beaucoup moins sensibles et les bourdonnements diminués. L'auteur cite à l'appui des observations.

Discussion.

D^r CHATELLIER. Demandes : 1^o Quelles sont les indications précises de l'extirpation du marteau et de l'enclume dans les cas de non-suppuration de l'oreille ? 2^o Quel est l'effet consécutif des injections intra-tympaniques quand on a cessé depuis trois mois ?

J'ai fait l'extirpation du marteau dans un cas de carie de la tête du marteau et de suppuration de la membrane de Shrapnell. Le malade se trouva amélioré pendant trois à quatre jours. Mais, depuis lors, il est plus sourd qu'avant, et il a des bruits subjectifs plus forts que jamais et intolérables.

J'ai agi pourtant suivant une indication formelle, il fallait à tout prix mettre le malade à l'abri d'une méningite. Quant à l'injection intra-tympanique, elle donne des résultats plus apparents que réels. Il y a une inflammation nouvelle dans l'oreille, on donne de la souplesse au tissu, la rigidité des brides diminue ; mais, ultérieurement, en est-il de même ; il se fait du tissu conjonctif et de la sclérose.

D^r MIOT. M. Chatellier a probablement eu un cas malheureux, car cette opération, faite couramment en Allemagne et en Autriche, réussit toujours.

Je n'ai pas parlé d'injections intra-tympaniques, mais d'ins-tillations dans l'oreille ouverte. Je fais faire les instillations le soir, au moment du coucher ; je n'ai jamais vu de tissu conjonctif se produire. Je fais la section d'une portion de tympan quand il y a sclérose absolue, et je maintiens ma perforation très longtemps béante. Je n'enlève le marteau que s'il y a des adhérences ou immobilisation complète de la chaîne des osselets.

D^r CHATELLIER. Je n'ai pas dans l'idée, en insistant, un but de critique, mais je voudrais que l'on m'indiquât nettement quand il faut opérer dans l'otite sèche ; jusqu'à ce qu'un travail d'ensemble précis ait paru sur ce sujet, je m'abstiendrai.

D^r MIOT. En France, nous sommes timides pour ces opérations. Je n'ai que des cas favorables, et jamais je n'ai eu l'exagération des bourdonnements que M. Chatellier a observée.

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne, par le D^r LACOMARRET, de Salies-de-Béarn. — L'arthrite aiguë crico-aryténoïdienne n'a été que peu signalée jusqu'à ce jour.

Toutefois, Desbrousses, Libermann, Ramon de la Sota, Major, Simpson en ont rapporté des exemples ; Semon, Charazac, Tissier, Lennox Browne l'ont étudiée. C'est à peine si les traités classiques rappellent la possibilité de synovite de cette articulation.

L'arthrite aiguë crico-aryténoïdienne est le résultat de causes multiples :

1° L'arthrite *a frigore*, spontanée, qui doit comprendre beaucoup de prétendus cas de laryngite œdémateuse ou œdème aigu du larynx ;

2° L'arthrite par propagation, la plus fréquente de toutes, consécutive à une inflammation de l'arrière-gorge ;

3° L'arthrite traumatique, décrite par Fredet, Fessard, Major, et consécutive à des cathétérismes, à une cautérisation, à une blessure ;

4° L'arthrite rhumatismale ;

5° L'arthrite blennorrhagique, vue par Libermann et Simpson. Quant aux abcès, aux périchondrites que l'on rencontre assez souvent dans le cours et surtout pendant la convalescence des fièvres graves ou éruptives, des septicémies, les autopsies ont quelquefois démontré que le processus morbide était parti primitivement de l'articulation.

Beaucoup d'abcès et des prétendues périchondrites primitives ne sont autre chose que des arthrites infectieuses.

Les symptômes subjectifs (phonation, respiration, douleur) ont peu de valeur et n'en acquièrent que grâce aux symptômes objectifs qui, eux, permettent de poser un diagnostic exact. Le pronostic est en rapport avec l'étendue des lésions, et le traitement est à la fois local et général.

Anomalie artérielle sur la paroi spinale du pharynx, par le Dr GELLÉ, de Paris. — L'auteur a observé, chez un de ses malades, une anomalie intéressante par le volume du vaisseau et par son siège dans une région où les interventions opératoires sont fréquentes.

C'est la seule fois qu'il ait rencontré cette anomalie.

C'est une anse artérielle très volumineuse et saillante, verticale, qui bat sur la paroi spinale du pharynx dans la moitié gauche exclusivement et non sur la paroi latérale.

La largeur du pharynx de la malade permet de l'inspecter facilement et montre le vaisseau bien isolé du côté gauche et non masqué par l'amygdale.

Quelle est cette artère ? Ce ne peut être la pharyngienne

ascendante, vu son volume et l'absence de ramifications. On peut penser à la carotide interne, mais plutôt à la vertébrale, qui, on le sait, ne pénètre fréquemment dans son canal ostéo-fibreux qu'au niveau de la 5^e, 4^e ou 3^e cervicale et fait, avant d'y entrer un trajet plus ou moins long au-devant des vertèbres. Le volume, du reste, serait plus en rapport avec celui de la vertébrale.

Discussion.

Le Dr MOURE a vu 5 ou 6 cas analogues et ne croit pas cette anomalie rare. C'est une raison de plus pour la signaler à l'attention des opérateurs.

Présentation d'un instrument pour irrigations nasales, par le Dr GELLÉ. — C'est un perfectionnement ajouté à la canule à irrigations nasales. Il consiste en une petite poire qui s'adapte dans la narine et qui, gonflée d'air, empêche la canule de tomber et l'eau de refluer.

Dr MADEUF. Cet instrument pourrait servir pour les douches de Politzer.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. J'emploie une poire analogue pour électriser et fixer les réophores dans les narines.

Contribution à l'étude des rapports des tumeurs adénoïdes avec l'otite moyenne purulente chronique, par le Dr WAGNIER, de Lille. — Les tumeurs adénoïdes, par suite d'un processus infectieux, sont souvent cause d'otites moyennes purulentes.

Il résulte de l'examen de 6 cas très concluants que l'ablation des végétations adénoïdes exerce une influence des plus heureuses sur la maladie de l'oreille concomitante. Car, à la suite de l'opération, avec une rapidité étonnante, la guérison de l'otite est survenue, alors qu'antérieurement les procédés thérapeutiques les plus divers avaient été employés.

Cette ablation agit probablement en améliorant l'état de la trompe par l'enlèvement d'un obstacle mécanique, d'où diminution de la congestion du catarrhe et de l'hypertrophie.

Intubation du larynx chez les adultes, par le Dr MASSEI, de Naples. — Lefferts a préconisé l'intubation dans les rétrécissements syphilitiques et il a obtenu des guérisons. L'auteur a essayé 12 fois cette méthode : 5 fois pour syphilis laryngée, 3 fois pour tuberculose, 2 fois pour dilater le larynx après trachéotomie, 1 fois pour papillome, 1 fois pour pachydermie.

Il conclut que la sténose aiguë ou chronique peut céder à la

dilatation permanente et dans un temps très court ; et en second lieu, que le tubage peut éviter beaucoup de trachéotomies, et cela surtout dans le cas d'œdème. Une contre-indication au tubage est la présence de diaphragmes, de masses bourgeonnantes. Il ne faut pas tuber dans ces cas avant d'avoir enlevé les obstacles.

Un cas de guérison d'érysipèle de la face à répétition, par le Dr LAVRAND, de Lille. — Il s'agit d'une religieuse hospitalière âgée d'environ 40 ans. Par ses occupations, elle ne se trouve en contact ni avec des blessés, ni avec des opérés. Depuis longtemps elle souffre de céphalalgie fréquente et de catarrhe naso-pharyngien. En 1887 elle est atteinte d'érysipèles de la face qui sortent par le nez, et cela tous les mois une ou deux fois. Dans l'automne de 1888, le catarrhe naso-pharyngien est soigné par les moyens habituels : gargarismes, douche nasale, galvanocautère.

Les érysipèles continuent leur apparition régulière comme devant. Enfin, le Dr Lavrand se décide à enlever les végétations adénoïdes moyennement développées dans le cavum pharyngé. Depuis lors, c'est-à-dire depuis mai 1889, les érythèmes n'ont pas reparu.

L'auteur a été conduit à employer ce mode de traitement par les cas qu'il a observés. (*Soc. sc. méd. de Lille et Soc. d'otologie, 1889.*)

Il conclut en disant que la porte d'entrée des micro-organismes de Fehleisen peut se trouver dans les fosses nasales quelquefois, mais que la muqueuse du cavum pharyngé, modifiée par le développement de tumeurs adénoïdes, doit être considérée comme une voie d'introduction assez fréquente. Donc, en présence d'érysipèles faciaux à répétition, il faut examiner l'arrière-gorge et remplir les indications qui s'offrent au praticien s'il y a lieu.

**SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS**

Compte rendu, par P. GASTOU.

Séance mensuelle du 6 juin 1891.

Président, le Dr GELLÉ.

Des éruptions érythémateuses produites par le salol en applications locales, par le Dr CARTAZ. — Je viens attirer l'attention de la Société sur des faits d'érythèmes aigus et d'éruptions eczémateuses produites par l'application du salol dans les cas d'otites suppurées ou de rhinites. Les faits que je rapporte ici ont déjà été signalés par d'autres auteurs et en particulier par le Dr Morel-Lavallée.

Le salol est bien supporté par les voies digestives, il n'en est plus de même en applications sur la peau. Il est probable que sur la peau le salol subit une action particulière sous l'influence de la graisse, des sécrétions sébacées.

Avec l'axonge, il se produit chez certains sujets arthritiques et eczémateux, au bout de deux à trois jours d'applications, un érythème eczémateux analogue à l'érysipèle. J'explique cette action nocive par un dédoublement chimique sous l'action de la graisse, il doit se faire du phénol et de l'acide salicylique.

Discussion.

Dr LUBET-BARBON. Il y a deux ans, ayant conseillé d'appliquer de la vaseline salolée sur une plaie du nez, j'appris au bout de trois à quatre jours d'application que la guérison ne s'effectuait pas, mais qu'au contraire la plaie avait pris l'apparence d'un vésicatoire. Je dis d'abord de mettre davantage de pommade; mais bientôt je m'aperçus de mon erreur, et ayant fait cesser le remède tout disparut. Un fait analogue survint dans un cas d'otite consécutive à l'influenza. On crut à un érysipèle de l'oreille étendu au cou, à l'épaule. Le salol supprimé, la guérison survint.

Il vaut donc mieux employer la créoline, le tale. On a du reste tendance à abuser des antiseptiques. Quant au mode de production de ces érythèmes, j'admets l'explication de M. Cartaz.

D^r HERMET. J'ai eu une de mes malades atteinte de syphilis, et qui présentait une plaque muqueuse près de la trompe, chez laquelle ayant prescrit trois fois par jour des injections avec 3 cuillerées à bouche par litre du mélange suivant :

Alcool.....	100 grammes.
Salol.....	4 —

je vis survenir au bout de trois injections une éruption salolée. Je n'ai pas incriminé le salol, mais la diathèse eczémateuse de ma malade. Chez moi, du reste, il existe une idyosyncrasie spéciale pour la morphine; une pilule de 0^{re},02 1/2 me cause un véritable empoisonnement. Il y a eu chez ma malade un fait analogue. Fournier, chez un de ses malades, vit la salivation mercurielle survenir après absorption d'une seule pilule mercurielle, — chez un autre après un lavage au sublimé au 1/1000.

D^r RUAULT. J'employai régulièrement la vaseline salolée à 1/30 chez mes ozéneux. Ayant eu huit à dix cas d'érythème, j'ai cessé.

Un jour, ayant insufflé à un confrère de la poudre de salol dans le pharynx, il s'est produit une éruption analogue à l'érysipèle, et la face du malade ressemblait à celle d'un varioleux. Aussi maintenant j'emploie l'aristol.

D^r BOUCHERON. Il n'est pas surprenant que le salol, qui est un salicylate de phénol, donne des éruptions. Pour ma part, je l'ai donné très fréquemment à l'intérieur sans jamais avoir d'accidents.

D^r CARTAZ. Ces éruptions ont toujours lieu chez les arthritiques renforcés.

D^r GOUGUENHEIM. La question est intéressante. J'ai plus employé le salol à l'intérieur qu'en pansements externes. Je le donne fréquemment dans les angines à la dose de 4 grammes et je n'ai jamais eu d'accidents.

D^r GELLÉ. J'ai eu des accidents avec le naphthol chez des sujets à peau fine, délicate, dans des cas d'abcès de l'oreille consécutifs à l'influenza. J'ai employé depuis le salol camphré, qui m'avait paru être moins irritant; je n'ai pas eu d'accidents.

D^r MOURA. J'ai vu des accidents d'érythème après injections iodées dans les fosses nasales.

Etude expérimentale et physiologique sur les propriétés anesthésiques de l'antipyrine, par le D^r SAINT-HILAIRE. — L'auteur emploie comme anesthésique une solution d'antipyrine à 30 grammes pour 10. Il fait la démonstration de cette anesthésie sur la conjonctive oculaire d'un lapin, auquel il injecte, à l'aide

d'une pipette, quelques gouttes de la solution à 3/10. Il conclut de ses recherches que l'antipyrine est un anesthésique excellent, en même temps qu'un antiseptique. Son action est plus longue que celle de la cocaïne, il l'a vue durer jusqu'à une heure après l'injection. Des expériences de G. Sée et Gley ont en outre montré que l'antipyrine en solution au dixième était supérieure comme valeur antiseptique à la liqueur de van Swieten.

L'auteur pense qu'il serait peut-être utile d'appliquer l'antipyrine dans les cas d'ulcération de l'épiglotte et du larynx : on aurait à la fois anesthésie durable et complète et bonne antiseptie.

Discussion.

D^r RUAULT. J'ai essayé cliniquement avec Germain Sée, Capitan et Henocque le pouvoir vaso-constricteur de l'antipyrine.

J'ai expérimenté sur le nez en employant le galvano-cautère après anesthésies par l'antipyrine au 1/3. — Le résultat de ces expériences m'a prouvé que l'antipyrine valait moins comme anesthésique et vaso-constricteur que la cocaïne. Je dois ajouter, comme me l'a dit M. Yvon, que toutes les solutions concentrées sont anesthésiques. En résumé, au point de vue clinique, la cocaïne vaut encore mieux que l'antipyrine.

D^r GOUGUENHEIM. Cette étude sur l'antipyrine est-elle faite par pure curiosité physiologique ou bien a-t-elle été entreprise pour éclairer la thérapeutique? Puisque, au point de vue thérapeutique, la cocaïne est un anesthésique admirable, pourquoi vouloir lui substituer un anesthésique dont les propriétés sont désagréables, qui est irritant, tandis que la cocaïne ne donne pas d'irritation.

En dehors de l'intérêt physiologique, je ne vois pas trop quels bénéfices on peut en tirer au point de vue thérapeutique.

D^r GELLÉ. M. Saint-Hilaire a appliqué son anesthésique sur le larynx et l'épiglotte. Je l'ai expérimenté sur moi-même, sur la muqueuse du nez, j'ai eu absolument la sensation d'un paquet de poivre. Si on l'employait chez les malades, n'auraient-ils pas trop d'irritation?

D^r SAINT-HILAIRE. La douleur est vive en effet pendant une ou deux minutes. Mais n'en est-il pas de même pour tous les anesthésiques. L'antipyrine a l'avantage de donner une anesthésie de près de deux heures. Et cela est quelque chose que sou-

lager un tuberculeux qui a de larges ulcérations sur l'épiglotte et lui permettre de manger. Deux applications par jour seraient seulement nécessaires. Du reste ne peut-on pas ajouter de la cocaïne?

D^r RUAULT. La cocaïne anesthésie plus largement, et cela est utile quand on opère.

D^r GOUGUENHEIM. M. Saint-Hilaire dit que l'anesthésie se prolonge, je crois que le menthol est encore plus remarquable comme action anesthésiante prolongée.

Perforation de la cloison nasale dans la fièvre typhoïde, par le D^r GELLÉ. — L'auteur rappelle les conditions générales et locales qui prédisposent à la genèse de ces altérations : abaissement extrême des forces de nutrition et des forces nerveuses. Il fait la part des causes occasionnelles dans cette étiologie et montre leur importance bien appréciée par les auteurs.

Dans le fait qu'il expose, c'est à la suite d'épistaxis persistantes, entretenues évidemment par les grattages et les coups d'ongle du jeune malade, que l'affection ulcéreuse s'est déclarée. Il convient cependant de faire une grande part à l'état de dénutrition générale et à l'amincissement remarquable du septum dans la portion cartilagineuse, lié à l'amaigrissement rapide du sujet. La production de la perforation résulte de ces traumatismes répétés sur le même point, sur un tissu que la fièvre prolongée avait rendu aussi mince et translucide qu'une pellicule d'œuf ou une fine lamelle de verre à préparations histologiques. La perforation constituée s'est rapidement agrandie sous ces influences associées. Il n'y eut aucune altération de forme du nez, ainsi qu'il arrive le plus souvent en pareil cas.

Maintenant, après la guérison du sujet, les bords sont opaques, épais, arrondis ; la perforation est de même étendue ; il n'y a eu aucun effort cicatriciel réparateur de la perte de substance.

Cette lésion ulcéreuse a été le point de départ d'une infection secondaire qu'on prit tout d'abord pour une rechute de la fièvre, mais qui se termina assez rapidement par la formation d'une collection purulente énorme dans la gaine du psoas-iliaque, laquelle fut ouverte par le D^r Legroux.

On sait toute l'importance attachée à la constatation des perforations de la cloison nasale, dans l'hérédosyphilis, entre autres. Il était intéressant de signaler ce cas de perforation que j'ai vu se produire au cours d'une fièvre grave chez un adolescent de 16 ans.

Surdité consécutive aux oreillons, par le Dr GELLÉ. — Il s'agit d'une enfant chétive, épuisée longtemps par une diarrhée débilitante, qui eut déjà de ce fait un affaiblissement passager de l'audition.

Cette enfant guérie et très améliorée, à l'âge de 8 ans, fut prise des oreillons. Cette affection évolua comme d'ordinaire, fut bilatérale, sans causer de réaction sérieuse, ni même de grandes douleurs. Quelque temps après on constata la perte totale de l'ouïe du côté gauche. Or, cette surdité n'a pu être en rien modifiée depuis. L'oreille droite est restée excellente et n'a pas souffert. L'exploration de l'organe permet de constater une intégrité presque complète de l'appareil de réception et de conduction des sons; les mouvements de la cloison tympanique sont normaux. Avec le spéculum de Siegle, on observe des oscillations suffisantes du manche du marteau et du tympan à gauche. L'aération se fait facilement avec le Valsalva et le Politzer sans produire aucune amélioration de l'ouïe. Les pressions centripètes abaissent à volonté le son du diapason vertex, les mouvements synergiques de l'oreille saine, quand on fait les pressions sur l'oreille sourde, sont précis et normaux, les réflexes sont donc intacts. On peut donc conclure de cette observation que le siège de l'altération consécutive aux oreillons est le labyrinthe, et que la surdité est absolument nerveuse.

Discussion sur la première communication du Dr GELLÉ.

Dr RUAUT. Les faits de perforation sans syphilis sont connus. On a pu en voir la genèse: il y a une érosion, des saignements de nez; puis peu à peu, par irritation, il se fait une perforation. J'ai vu à ma clinique des sourds-muets un malade qui saigna du nez de 1867 à 1883; il avait 43 ans. Rien ne put le débarrasser de ses saignements. Je le revis en 1883; les épistaxis avaient cessé, mais il avait une perforation.

Dr GOUGUENHEIM. L'observation du Dr Gellé présente un haut intérêt.

Autrefois, qui disait perforation disait syphilis. J'ai vu des faits analogues à celui rapporté par M. Gellé. Ces perforations ont lieu dans des points d'une minceur extrême; elles sont précédées d'hémorrhagies; s'il y a inflammation, le tissu étant d'une minceur extrême, il y a perforation. Ces cas ne sont pas communs; je n'en ai vu que fort peu qui ne fussent pas syphilitiques; c'est pourquoi le cas de M. Gellé est très intéressant:

il attire l'attention sur les perforations qui ne dépendent ni de la tuberculose, ni de la syphilis.

D^r HERMET. Je signalerai une autre cause de perforation, sur laquelle le D^r Vidal, à Saint-Louis, a attiré mon attention. Il s'agit des lépreux qui présentent dans le nez des tubercules à toutes les périodes de leur développement. A la période d'ulcération de ces tubercules, il y a toujours ulcération de la cloison. Ces lésions sont très rares en France.

D^r RUAULT. Cartaz et Wagnier ont vu de ces ulcérations.

D^r HERMET. Elles sont la règle, il semble qu'il n'y ait que des croûtes, mais sous ces croûtes il y a des perforations.

D^r GOUGUENHEIM. Ce qui est intéressant, c'est l'existence d'une inflammation, indépendante de la syphilis et de la tuberculose.

D^r MÉNIÈRE. Le siège de ces perforations est-il toujours au même point ?

D^r GOUGUENHEIM. Oui.

D^r RUAULT. Toujours au point d'élection de l'épistaxis.

Observations pour servir à l'étude des sténoses laryngées neuropathiques, par le D^r RUAULT. — M. Ruault communique l'observation d'un homme de 37 ans, tabétique, atteint du syndrome de paralysie double et complète des crico-aryténoïdiens postérieurs, auquel M. Ch. Monod a pratiqué, sur la demande de M. Ruault, la résection d'un centimètre et demi du nerf récurrent gauche, au-dessous de l'artère thyroïdienne inférieure, en suivant à peu de chose près le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe. Le nerf réséqué a été examiné par le D^r Gombault, qui l'a trouvé malade.

MM. Ruault et Monod espéraient créer, par cette opération, une hémiplegie laryngée qui eût permis à la corde vocale du côté opéré de s'écarter de la ligne médiane pour prendre la position cadavérique, de façon à laisser un espace suffisant au passage du courant d'air respiratoire. Or, il n'en fut rien, l'image laryngée ne varia pas et l'opéré ne retira aucun bénéfice de l'intervention.

Un mois après, il n'y avait encore aucun changement, et pas trace d'atrophie musculaire. Le malade, après avoir été trachéotomisé, n'avait pas voulu conserver sa canule ; il fut repris bientôt de crises dyspnéiques, rentra à l'hôpital où il fut trachéotomisé de nouveau, mais sans que l'ouverture de la trachée permit à la respiration de se rétablir et l'empêchât de succomber.

L'autopsie montra que le larynx était en apparence sain, sans

ankylose ni rétrécissement, et que les muscles avaient leur volume normal. Malheureusement le nerf seul fut examiné au microscope.

Tout incomplète qu'elle est, cette opération peut néanmoins servir à montrer que, chez certains sujets au moins, l'innervation du larynx ne se fait pas seulement comme l'indiquent les classiques. Elle justifie les opinions émises par quelques auteurs contemporains, entre autres Exner, qui pensent que le laryngé supérieur contribue à innerver les muscles recevant aussi des filets récurrentiels. Si le malade de M. Ruault eût vécu, il y aurait eu lieu de tenter la résection de la branche motrice du laryngé supérieur, et on eût peut-être obtenu de cette façon l'hémiplégie qu'on n'avait pu réaliser en réséquant le laryngé inférieur seul.

Discussion.

D^r GOUGUENHEIM. A-t-on examiné les muscles ?

D^r RUALT. Non, pas au point de vue microscopique.

D^r GOUGUENHEIM. Un examen n'est jamais complet tant que les muscles n'ont pas été vus histologiquement. J'ai fait des études avec Tissier sur l'état des muscles. Ces examens nous ont donné quelques résultats. Ce qui est intéressant dans l'observation de M. Ruault, c'est que la section des récurrents a été négative.

D^r MOURA. On peut voir le muscle aryténoïdien postérieur atteint de dégénérescence graisseuse sans que les autres aient la moindre lésion.

D^r RUALT. On n'a pu examiner les muscles, ils avaient été mis dans le chloral. Supposez la paralysie de l'aryténoïdien postérieur, il doit y avoir défaut de tension, manque de symétrie. Cela ne s'est pas présenté. La paralysie laryngée est rare, le D^r Moura en a cité un cas. La paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, d'origine musculaire, n'est pas tabétique, mais diphtéritique. La paralysie d'un tabétique à crises laryngées est habituellement d'origine centrale ou nerveuse périphérique. Le nerf récurrent peut être malade sans causer d'hémiplégie laryngée.

D^r MOURA. C'est qu'il y a, pour expliquer ce manque de paralysie, la communication entre les deux nerfs laryngés.

D^r CARTAZ. La paralysie des crico-aryténoïdiens se voit dans l'anévrisme de l'aorte, c'est alors de la paralysie et non de la contracture.

D^r RUAULT. J'ai envoyé à M. Gérard Marchant un épithélioma de l'œsophage avec paralysie double des crico-aryténoidiens postérieurs. Il y a eu suffocation, trachéotomie ; actuellement le malade mange bien.

D^r CARTAZ. Dans une observation publiée, un anévrisme de l'aorte comprimait le tronc brachio-céphalique et déterminait une infiltration du tissu cellulaire. Il existe un cas de Schnitzler où il eut de la paralysie double des adducteurs.

Corps étranger du larynx ; trachéotomie ; extraction par la voie endo-laryngienne. — Le D^r GUGUENHEIM présente une pièce dentaire, extraite du larynx après quinze jours de siège, au moyen de la pince de Fauvel. La malade, femme de 39 ans, avait, pendant le cours d'une attaque d'épilepsie, avalé une petite pièce dentaire qui s'était fixée dans la région sus-glottique, où elle s'était accrochée par ses angles en quelques endroits de la muqueuse.

La malade était aphone depuis le moment de cet accident et elle avait une dyspnée-laryngienne de plus en plus intense. On dut, à son arrivée à l'hôpital, lui faire la trachéotomie et, huit jours après, le corps étranger que je mentionne fut extrait sans difficulté ni accidents par le D^r Gouguenheim.

Discussion.

D^r MOURA. Vous avez dit que ce corps était blanc.

D^r GUGUENHEIM. Il était normalement rouge, mais rendu blanc par les mucosités. La voix de la malade n'est pas revenue ; les cordes vocales sont altérées au niveau de la commissure antérieure. J'ai enlevé de ce larynx quelques végétations blanchâtres que l'examen microscopique a reconnu être des myxomes.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

(COMPTE RENDU PAR KRAKAUER)

(Séance du 29 mai 1891)

(Présidence de B. FRAENKEL)

CHOLEWA présente une sonde munie d'un anneau à laquelle on peut facilement souder de l'acide trichloracétique.

HERZFELD montre un *rhinolith*, qui se trouvait dans le méat nasal moyen d'une femme de 30 ans, qui depuis son enfance souffrait d'une obstruction nasale et d'un écoulement purulent. Le rhinolith s'était formé à la suite de l'incrustation d'un corps étranger et était entouré d'aspérités qui avaient produit des granulations. Le septum nasal était à peu près normal, les cornets atrophiés, le palais voûté d'une façon anormale.

B. FRAENKEL présente une *tumeur naso-pharyngienne* de 8 centimètres de long, 4 centimètres de large et 3 centimètres d'épaisseur. Elle s'étendait depuis la partie fibro-cartilagineuse et avait pénétré dans le naso-pharynx et dans le nez.

Usage thérapeutique de la pyoctanine dans les cavités voisines du nez.

CHOLEWA a observé de bons résultats du traitement par la pyoctanine en particulier dans les affections des sinus frontaux; au contraire dans les affections du nez et de l'antre d'Highmore il n'en a retiré aucun profit. Dans les suppurations des os et les granulations il n'a eu de succès que lorsqu'il a pu frictionner directement. Pour l'otorrhée chronique, dans la plupart des cas il y a eu insuccès; mais le remède agit bien dans les suppurations osseuses du méat auditif externe et de l'apophyse mastoïde quand il était appliqué avec la sonde.

Discussion.

E. MEYER a vu deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore dans lesquels l'iode et l'aristol avaient échoué, où la sécrétion disparut en huit jours par l'emploi de la pyoctanine.

FLATAU croit que la thérapeutique la plus efficace consiste dans le curettement des granulations. On devrait pour cela ouvrir largement la cavité, afin qu'elle puisse être méthodiquement nettoyée. Il n'a eu aucun succès avec la pyoctanine seule.

HERZFELD n'est pas d'avis d'employer la pyoctanine. Il a vu à la suite du raclage superficiel de la plaie par la galvanocaustie des cornets se produire une angine folliculaire. Il est d'avis que le sondage du sinus frontal ne réussit pas la plupart du temps, excepté quand celui-ci est carié.

CHOLEWA est de l'avis opposé et laisse séjourner la sonde munie de pyoctanine peu de temps dans la cavité frontale.

Un cas de paralysie des récurrents chez un tuberculeux.

LANDGRAF. Il s'agit d'un homme de 20 ans, porteur d'une affection des sommets gauches et traité prudemment par la tuberculine. Après 14 injections, la raucité apparut. Au côté droit du cartilage cricoïde on voyait une voussure. Matité sous le sternum jusqu'à l'insertion du troisième cartilage costal, qui s'étendait latéralement vers l'épaule gauche. Subitement le malade fut atteint d'une paralysie des dilatateurs, huit jours après d'une paralysie complète des récurrents; puis il mourut. A l'autopsie on vit que l'aryricoidien gauche était plus pâle que le droit, ses fibres fortement dégénérées. Pas de glandes lymphatiques tuberculeuses dans le médiastin. Le lobe gauche supérieur du poumon était fortement ratatiné. La matité existante avait été amenée par la percussion des vaisseaux. Au microscope le récurrent paraissait fortement dégénéré. Audessous de l'arc aortique une glande légèrement tuméfiée, non encaissée.

LANDGRAF croit que la dégénérescence du nerf récurrent était la suite d'une inflammation primitive du névrilème.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux médicaments introduits dans la pratique auriculaire, par SZENES. (*Therap. Monatshefte*, nos 10, 11 et 12, octobre, novembre et décembre 1890.)

En tenant compte des travaux parus sur quelques nouveaux médicaments et en se basant sur ses expériences personnelles, Szenes fait une revue critique sur leur valeur thérapeutique.

Le *menthol*, préconisé par Cholewa dans la furonculose du conduit auditif, est d'un emploi très commode parce qu'on n'a qu'à changer tous les jours le tampon d'ouate imbibé d'une solution de menthol dans l'huile (1.5); mais les résultats de ce traitement, d'après les expériences qu'il a faites avec Anton à la clinique otologique de Prague, ne sont pas aussi certains que le dit Cholewa.

Le menthol n'enraye pas toujours la formation de nouveaux furoncles, et 3 fois sur 9 il occasionnait dans l'oreille une sensation de brûlure tellement violente qu'il fallait abandonner ce traitement.

L'*aluminium acético-tartaricum* employé en solution de 20 0/0 en instillations dans l'oreille toutes les trois heures lui a donné des résultats satisfaisants dans 4 cas de furonculose du conduit.

Les instillations de *sublimé* (sublimé 0,05, eau 30 et glycérine 20) recommandées par Kirchner dans la furonculose du conduit ont également une action favorable.

L'*acétate d'aluminium* (1,4) préconisé comme antifuronculeux par Grosch calme, d'après les expériences de Szenes, la douleur, mais n'exerce aucune influence sur l'affection elle-même; cependant ce médicament, instillé toutes les deux ou trois heures, se montrait très efficace dans les otites externes diffuses consécutives à une otite moyenne suppurée.

La *glycérine phéniquée* en solution de 10 à 20 0/0 recommandée d'abord par Porten, puis par Bendelack-Hewetson, Hartmann, Rohrer et Morpurgo au début d'une otite aiguë, lui a donné de bons résultats dans 13 cas sur 16. Chez les trois autres malades, la suppuration survenait malgré l'emploi de ce

médicament. Il faut que le tympan soit intact pour pouvoir supporter l'acide phénique à ce degré de concentration.

La *créoline* introduite en otologie par Urbantschitsch et Eitelberg ne serait pas, d'après les essais qu'on en a fait à la clinique de Schwartz, d'un usage commode et satisfaisant en otologie.

Kretschmann, tout en reconnaissant certains inconvénients de ce médicament, ne voudrait pas le bannir complètement parce qu'il est efficace dans certains cas de suppuration et qu'il peut être laissé entre les mains du malade sans crainte d'intoxication.

Szenes cite encore les opinions de Burkner et de Purjecz et le travail du rapporteur qu'il ne connaît que d'après une analyse. Aussi oublie-t-il de mentionner l'emploi favorable de la *créoline* comme « désodorisant » dans toutes les suppurations fétides de l'oreille.

L'*iodol* recommandé par Stetter et apprécié par Purjecz, par Koll et par Rohrer n'est pas si bien supporté par les malades que l'acide borique et n'a pas donné un bon résultat à Szenes.

Il en est de même du *salicylate de bismuth* dont Delie a parlé au Congrès international de Paris et que Szenes a essayé sans succès dans 8 cas.

L'*aristol* vanté par Rohrer ne lui a pas donné d'aussi bons résultats. Ce médicament, employé en poudre, a l'inconvénient de cacher ce qui se passe au fond de l'oreille et il peut occasionner de la rétention du pus. Dans deux cas, Szenes a vu se produire, par suite du traitement par l'*aristol*, des symptômes de périostite. La poudre d'*aristol* étant très légère entre plus facilement dans les yeux ou dans les bronches du médecin. Cependant Szenes avoue que, dans un cas d'otite suppurée avec formation de granulation, ces dernières, sous l'influence de l'*aristol*, avaient complètement disparu. Il en a aussi observé les effets favorables dans un cas d'otite externe diffuse.

Pour ce qui est de l'*acide borique*, il donne l'historique de ce médicament que Bezold a introduit dans l'otologie. Il cite les auteurs qui ont parlé en sa faveur et ceux qui, comme Schwartz et Slacke, déconseillent son emploi à cause de la rétention du pus qu'il peut occasionner.

L'*acide lactique* que Lange emploie en solution de 15 0/0 et dont Aysaguer loue aussi les bons effets ne lui paraît pas aussi recommandable parce qu'il est très corrosif même en solution

faible et parce qu'il attaque aussi l'épiderme sain du conduit externe.

La *cocaïne* que Kiesselbach injecte en solution de 4 à 10 0/0 dans la trompe à travers la sonde pour combattre les bourdonnements ne lui a pas donné de résultat dans 14 cas de bourdonnements pour lesquels les moyens habituels étaient aussi restés inefficaces. De plus, il faut craindre des intoxications qui, parfois, surviennent avec une dose très faible (voir les cas de Suarez de Mendoza, de Baumgarten et de Schwabach).

Finalement, Szenes parle du *massage* qu'il a vu employer avec succès à la clinique de Zaufal et qu'il a pratiqué lui-même dans 16 cas d'otite aiguë de sa pratique. Le massage agirait comme calmant dans les otalgies qui avaient persisté après des inflammations aiguës de la caisse et comme résorbant dans les exsudations de la caisse.

LICHTWITZ.

Ankylose osseuse de l'étrier. — Otite moyenne sèche, par L. KATZ.
(*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 1890.)

L'auteur donne la description de plusieurs préparations microscopiques provenant d'une femme âgée de 39 ans qu'il avait eu l'occasion d'examiner un mois avant sa mort. Il s'agit d'un cas de surdité progressive avec bruits subjectifs continuels. Vu l'absence des lésions du tympan et l'examen fonctionnel de l'ouïe (Rinne négatif), on avait diagnostiqué une otite moyenne sèche avec ankylose probable de l'étrier.

Ce diagnostic se trouvait confirmé par l'examen microscopique de l'étrier des deux oreilles. La base de l'étrier est quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal et forme avec l'os voisin de la fenêtre ovale et avec le ligament annulaire une seule masse dans laquelle on ne trouve que quelques traces de l'ancienne articulation. Cette masse contient une substance ostéoïde et en dedans et en dehors de l'étrier se trouve un épaississement du périoste. Katz croit que l'inflammation primitive se montre dans les cas de ce genre d'abord dans le ligament annulaire et que ce n'est que plus tard qu'elle atteint le cartilage et l'os. Les autres parties de l'organe de l'ouïe étaient normales, notamment les autres articulations des osselets, les muscles et l'organe de Corti. L'affection était semblable des deux côtés.

LICHTWITZ.

Étiologie des suppurations d'oreilles consécutives à la douche nasale, par le prof. GUYE, d'Amsterdam. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41, 1891.)

M. Guye rapporte deux cas et attribue ces suppurations à deux causes : la première est l'imperméabilité relative des fosses nasales qui se rencontre surtout chez les enfants, d'où l'indication chez eux de verser seulement le liquide dans les fosses nasales sans se servir de la seringue. La deuxième est l'emploi d'un bout nasal obstruant complètement l'entrée de la narine. Il en résulte que le liquide s'élève dans les fosses nasales et le cavum pharyngien jusqu'à une certaine hauteur : si à ce moment la trompe s'ouvre pour une cause quelconque (déglutition) le liquide pénètre facilement dans la caisse. M. L.

Appareil d'éclairage électrique pour l'oreille, le nez, la cavité naso-pharyngienne, etc., par TRAUTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, 1890.)

L'appareil dont on peut étudier la description et le dessin dans l'article original permettrait un éclairage des plus satisfaisants des cavités profondes. Il a l'avantage de permettre à plusieurs observateurs à la fois de voir l'image.

Trautmann se servait d'abord comme source électrique d'une batterie de 24 grands éléments de Leclanché qu'il avait fait modifier et plus tard il employait des accumulateurs qu'il alimentait par un dynamo d'un demi-cheval. L. L.

Des papillomes des voies aériennes supérieures, par A. THOST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, 1890.)

L'auteur traite d'abord des causes qui contribuent au développement des papillomes. Ce sont avant tout les catarrhes avec leurs sécrétions purulentes et visqueuses qui irritent la muqueuse et qui engendrent la prolifération de cette dernière. Il est possible que des blessures et des irritations mécaniques puissent donner aussi naissance à la prolifération mais certainement d'une manière moins fréquente que les sécrétions qui s'accumulent dans les anfractuosités de la muqueuse. Outre ces causes externes, il faut aussi citer les causes qui proviennent des tumeurs siégeant au-dessous de la muqueuse et qui provoquent une prolifération diffuse ou circonscrite.

Enfin, on doit principalement incriminer l'irritation qui frappe la muqueuse des voies aériennes supérieures pendant la crois-

sance et la période des altérations séniles. C'est pour cela qu'on voit souvent des néoplasmes à l'âge du développement et pendant la métamorphose régressive.

Thost rapporte à ce sujet les observations de deux jeunes filles atteintes de papillomes récidivant du larynx chez lesquelles la tendance à la récurrence cessait subitement à l'époque de la puberté. D'après son expérience personnelle, les papillomes multiples du larynx sont dus à des catarrhes purulents chroniques des fosses nasales.

Quant aux lieux de prédilection des papillomes dans le tractus respiratoire supérieur, les papillomes se trouvent sur les parties où la muqueuse étant plus dense rappelle par sa structure celle de la peau, par exemple, à l'entrée des fosses nasales, au pourtour des lèvres.

Dans le nez même, les véritables papillomes sont rares. Il y existe aussi des tumeurs qui montrent des proliférations épithéliales très prononcées faisant penser à un carcinome; mais leur marche clinique prouve leur bénignité.

L'auteur n'a pas vu de papillomes dans le pharynx nasal, mais il en a observé sur la surface buccale du voile du palais, principalement sur la luette.

Pour ce qui concerne les papillomes du larynx, ils sont inoffensifs chez l'enfant et rétrogradent souvent spontanément au moment de la puberté. Chez l'adulte, on en trouve de deux sortes : les papillomes mous et benins qui occupent surtout les cordes vocales et les replis ary-épiglottiques et les papillomes verruqueux qu'on rencontre à un âge avancé et dont la récurrence est fréquente. On a cru que ces derniers pouvaient se transformer en tumeurs malignes. Thost se prononce formellement contre cette transformation qui, d'après lui, n'existerait pas. Dans le larynx, dit-il, la prolifération du corps papillaire peut accompagner tous les processus pathologiques, qu'il s'agisse d'un simple catarrhe chronique ou d'un carcinome. C'est ainsi qu'on trouve dans la laryngite chronique des épaississements et des proliférations papillomateuses que Virchow a décrits sous le nom de « pachydermie » et qu'on trouve déjà décrits et dessinés dans l'anatomie du larynx de Luschka, livre que B. Fraenkel appelle la bible des laryngologistes. On les trouve dans la tuberculose, la syphilis, la lèpre, le lupus, et ils accompagnent également les fibromes et les carcinomes du larynx et ne sont chez ces derniers que les coulisses derrière lesquelles se prépare le véritable drame.

LICHTWITZ.

Carcinome du larynx, par M. SCHAEFFER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, 1890.)

Ce travail contient l'observation détaillée d'un malade atteint de carcinome de la moitié gauche du larynx, qui a été observé par l'auteur depuis juin 1885 jusqu'en juin 1890, dans tous les stades de l'affection.

Le cas est intéressant par le développement lent de la tumeur qui pendant assez longtemps avait fait écarter toute idée de tumeur maligne.

Ce n'est qu'en novembre 1888 que le malade subit la laryngectomie partielle (faite par Hahn, de Berlin).

Malgré l'excision complète de la tumeur, cette dernière récidiva un an après, et en juin 1890 la trachéotomie profonde devint urgente.

L. L.

Œdème du larynx à la suite de l'emploi d'iodure de potassium, par A. ROSENBERG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, 11 septembre 1890.)

Il s'agit d'un cas d'œdème sous-glottique survenu après l'ingestion de deux cuillerées d'une solution de 2 1/2 0/0 d'iodure de potassium, prises une à midi et une le soir.

L'auteur joint à ce cas des réflexions sur l'iodisme et mentionne le fait connu que les intoxications iodées apparaissent presque exclusivement après des doses faibles.

LICHTWITZ.

Abcès formés à la suite d'une inflammation du larynx due à l'influenza, par M. SCHAEFFER. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 40, 1890.)

Huit jours après l'influenza le malade fut pris d'une laryngite aiguë qui nécessita la trachéotomie et au cours de laquelle apparurent de petits abcès dans la région des aryténoïdes.

L'auteur a employé avec succès dans l'influenza le benzoate de soude : 15 à 20 grammes sur 200 grammes d'eau, une cuillerée à bouche toutes les 2 à 3 heures.

LICHTWITZ.

Du curettage du larynx par la méthode de Heryng, par M. SCHAEFFER. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 40, octobre 1890.)

L'auteur n'a traité qu'un nombre très restreint de cas de phthisie laryngée par la méthode de Koch. Il ne l'emploie que :

1° dans les cas de sténose laryngée due à des proliférations ; 2° chez les malades qui ne guérissent pas par le traitement seul de l'acide lactique, et 3° chez les malades offrant une résistance physique suffisamment grande et assez de bonne volonté pour supporter le curettage. Dans les cas d'ulcérations tuberculeuses simples il se contente d'appliquer le traitement à l'acide lactique, et il en a guéri la plus grande partie.

Le curettage est, d'après lui, préférable aux autres méthodes de destruction des granulations tuberculeuses, bien que le galvano-cautère m'ait donné aussi de bons résultats. Le curettage permet d'appliquer l'acide lactique sur des surfaces lisses et dépourvues de la plupart des granulations.

Le curettage est une opération qui exige beaucoup d'habileté de la part du laryngologiste, malgré la cocaïne et bien que les instruments soient perfectionnés. Pour Schaeffer, il est beaucoup plus facile d'extirper un polype du larynx que d'enlever complètement par le curettage un bourrelet de granulations tuberculeuses qui s'étend au-dessous de la fente interaryténoïdienne.

L'auteur rapporte six cas de phthisie laryngée traités par le curettage. Chez quatre de ces malades il a réussi à guérir l'affection laryngée, et les malades qui ont été soignés en 1888 sont encore vivants et capables de travailler. Les deux autres malades, bien que débarrassés par le curettage de leur sténose laryngée, ont succombé à l'affection générale.

LICHTWITZ.

Méthode pour éviter le spasme de la glotte dû à des opérations endolaryngées, par R. KAYSER. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 10, octobre 1890.)

La méthode recommandée consiste à produire une apnée artificielle pendant laquelle la sensibilité réflexe est diminuée.

Cette apnée est facilement obtenue si on commande au malade de faire rapidement six à dix inspirations profondes. Il s'ensuit un arrêt de respiration qui peut être facilement prolongé d'une demie à une minute.

L'attouchement de la muqueuse laryngée fait pendant l'apnée ne provoque pas de dyspnée avec spasme glottique.

La méthode de Kayser est préférable à celles qui ont été préconisées jusqu'à présent, parce que ces dernières ne sont applicables que lorsque le spasme est déjà provoqué, c'est-à-dire à un moment où le malade entend à peine ce qu'on lui dit.

LICHTWITZ.

Extraction d'une aiguille de la trachée par les voies naturelles,
par F. HINRICHS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, 11 septembre 1890.)

Le malade avait avalé une aiguille enfilée. Le fil reparaissait après plusieurs efforts de toux et de vomissements, mais l'aiguille restait au fond, malgré de fortes tractions exercées sur elle à l'aide du fil.

A l'examen laryngoscopique on découvrait l'aiguille logée à l'entrée de la bronche gauche, dans la direction frontale, un de ses bouts enfoncé dans le sommet de la bifurcation, et l'autre plus haut, appuyé contre la paroi trachéale gauche.

Après plusieurs tentatives d'extraction, le Dr Schorler réussit le second jour à détacher à l'aide d'une longue sonde laryngée recourbée à son extrémité en forme de crochet le bout de l'aiguille qui était appuyé contre la paroi trachéale gauche et qui portait le chas, et à extraire l'aiguille en la tirant par le fil. La trachéotomie a pu être évitée.

LICHTWITZ.

Un cas d'idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement,
par JÜRGENSMAYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, 1890.)

Ce cas ressemble à celui de Lange (rapporté dans les *Annales*, 1890, p. 349). Immédiatement après l'insufflation de poudre de tanin dans le larynx et un badigeonnage d'une solution au 1/10 dans le pharynx, il survint du gonflement et de la rougeur de ces parties et le malade fut pris en même temps de troubles de la déglutition et d'une dyspnée légère.

En renouvelant l'application du tanin les mêmes phénomènes se reproduisirent.

Le malade n'éprouvait pas de démangeaisons à la peau comme dans le cas de Lange où avait apparu de l'urticaire.

A l'encontre de cet auteur, Jürgensmeyer ne croit pas à une intoxication générale, mais à une idiosyncrasie locale, car les phénomènes locaux disparurent vite par l'application de la co-caine.

L. L.

Contribution à l'étude du mutisme hystérique, par G. LEUCH.
(*Münch. med. Woch.*, n° 12, 1890.)

L'auteur rappelle la description du mutisme hystérique telle qu'elle a été donnée par Charcot, Cartaz et Gilles de la Tourette, et rapporte trois observations prises à la clinique du professeur Eichhorst. Il étudie à l'appui de ces cas jusqu'à quel point ils

présentent les caractères décrits par Charcot. Il trouve que le mutisme hystérique peut apparaître comme une endémie, que l'anesthésie du pharynx et la mobilité de la langue ne sont pas toujours aussi prononcées qu'on le disait, et que l'affection est d'origine psychique.

L. L.

Le massage dans le traitement du catarrhe aigu du larynx,
par T. CRAMER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, 1890.)

L'auteur rappelle les observations de laryngite aiguë rapportées par Béla Weiss en 1880 et par E. Freund en 1882, dans lesquelles le massage avait donné un bon résultat, et il communique deux observations analogues. Il veut que le massage soit employé en même temps que la médication habituelle.

Les symptômes qui accompagnent les inflammations de l'arrière-gorge et du larynx seraient considérablement améliorés par le massage méthodique.

L. L.

Miroir attaché au miroir frontal et servant pour la démonstration de l'image laryngoscopique, rhinoscopique et otoscopique et pour l'autolaryngoscopie, par NOLTENIUS. (*Therap. Monatshefte*, n° 2, 1890.)

C'est un petit miroir plan qui peut être appliqué ou enlevé à volonté au miroir frontal, et qui permet à un observateur se trouvant derrière le malade ou au malade lui-même de voir l'image laryngée en même temps qu'au médecin.

L'idée de cette méthode de démonstration appartient à Pepmüller, qui l'avait indiquée en 1876 pour la démonstration du fond de l'œil. Cette idée, bien que recommandée par Graefe, tomba dans l'oubli jusqu'à ce que Noltenius, sur une indication qui lui avait été donnée par le Dr Joël, l'appliquât à la laryngologie et à l'otologie.

L'inclinaison du miroir varie selon que l'on examine avec l'œil droit ou avec l'œil gauche, et selon que la lumière se trouve à droite ou à gauche du malade.

Le rapporteur a lui-même expérimenté ce miroir et peut confirmer les assertions de l'auteur.

LICHTWITZ.

De la tuberculose de la muqueuse nasale, par F. HAHN.
(*Deutsche med. Woch.*, n° 23, 1890.)

L'auteur rapporte six cas de tuberculose de la muqueuse nasale qu'il a recueillis à la clinique dermatologique du professeur

Doutrelepont, à Bonn. Cinq de ces cas ont été observés dans l'espace de trois mois.

L'affection occupait la cloison du nez et se présentait dans les deux premiers cas sous forme d'une tumeur isolée. Dans le troisième cas, on voyait plusieurs tumeurs polypoïdes et dans les autres cas il existait des granulations. Les tumeurs avaient une consistance dure, saignaient facilement et leur surface était lisse ou ulcérée. Les granulations, au contraire, offraient une surface rugueuse et elles étaient flasques.

Dans deux cas de tuberculose à forme granuleuse, la maladie avait débuté par un eczéma de la lèvre supérieure.

Les tumeurs enlevées présentaient au microscope le même aspect, un stroma lamineux avec infiltration de cellules rondes et amas de cellules épithéloïdes qui contiennent un noyau vésiculeux et un protoplasme granulé. On trouvait également dans toutes les préparations, sauf dans celles de la quatrième observation, des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose.

L'état général de la plupart des malades était bon. Les poumons étaient intacts chez tous, sauf chez la dernière malade. Il existait toujours un gonflement des ganglions voisins.

Le traitement avait consisté dans l'ablation ou la destruction des tumeurs et des granulations et les malades guérissaient très vite sans avoir montré jusqu'à présent de récurrence, mais il faut dire que l'observation ne date que de quelques mois.

LICHTWITZ.

Du diagnostic et du traitement des affections des cavités accessoires du nez, le sinus maxillaire excepté, par M. SCHAEFFER.
(*Deut. med. Woch.*, n° 41, 9 octobre 1890.)

L'auteur mentionne plusieurs symptômes qui peuvent nous faire soupçonner le siège de l'affection nasale. Il n'a en vue que les maladies du sinus frontal, du sinus sphénoïdal et du sinus ethmoïdal, et il laisse complètement de côté les affections de l'antre d'Highmore sur lesquelles on a tant écrit dans ces derniers temps.

Les symptômes communs aux affections chroniques de tous les sinus sont : une sécrétion purulente le plus souvent fétide avec ou sans formation de croûtes dans le nez ; souvent une distension des os de la racine du nez avec un léger gonflement et une faible rougeur des téguments ; douleurs de tête et sensations diverses dans les os ; vertige et insomnie.

Quand il s'agit des maladies du *sinus frontal*, les douleurs sont

localisées dans la racine du nez et dans la région frontale et sus-orbitaire; quand c'est le *sinus sphénoïdal* qui est atteint, elles s'irradient vers le milieu de la tête jusqu'à l'occiput et la nuque et, quand on a affaire à des affections du *sinus ethmoïdal*, elles occupent la joue et la région sous-orbitaire. A la longue, ces douleurs atteignent non seulement le côté affecté mais aussi le côté sain. En examinant les fosses nasales, on trouve dans les cas de suppurations du *sinus frontal*, sur la cloison au niveau du cornet moyen, une croûte de couleur et épaisseur variables. Dans les affections purulentes du *sinus ethmoïdal*, la croûte siège entre les cornets moyen et inférieur. En même temps il peut exister une distension du cornet moyen sous forme d'une bulle osseuse qu'on peut rencontrer aussi isolément sans que le sinus ethmoïdal soit malade.

Dans les cas de suppuration du *sinus sphénoïdal* on observe le pus sur la voûte pharyngée près de la cloison.

Très important est le sondage des sinus. Quand on veut sonder le *sinus frontal* on dirige, après avoir bien cocaïnisé la muqueuse — un stylet flexible mais suffisamment solide — tout le long du dos du nez entre la cloison et le cornet moyen directement vers le front. On entend alors le léger crépitement des os minces qui se brisent, et à la fin on ressent l'impression de la pénétration dans le vide. Il survient une petite hémorrhagie et, s'il y a du pus, ce dernier s'écoule. Quand l'affection remonte à plusieurs années, on rencontre une carie des os. Schaeffer conseille alors de racler toutes les parties malades avec sa cuiller tranchante, de faire une injection dans la cavité avec de l'eau sublimée, de pratiquer ensuite une douche d'air, et d'insuffler de l'iode ou de l'acide borique en poudre. Les malades ressentaient un soulagement considérable par cette opération et acceptaient une seconde intervention quand Schaeffer la trouvait nécessaire. Si l'on veut ouvrir le *sinus ethmoïdal*, on pousse la cuiller tranchante en dehors en arrière et en haut dans la paroi nasale externe au niveau de l'implantation du cornet moyen. S'il existe en même temps une distension du cornet moyen sous forme d'une bulle osseuse, Schaeffer perce cette dernière et la racle comme le sinus ethmoïdal. S'il le trouve utile, il enlève une partie du cornet moyen.

Quand il s'agit de pratiquer l'ouverture du *sinus sphénoïdal*, il est bon de marquer d'abord sur le stylet la distance entre le sinus frontal et l'extrémité du nez, car, quand on a véritablement ouvert le sinus sphénoïdal, le stylet doit être introduit plus pro-

fondement de 2 à 4 centimètres que lorsqu'on l'avait introduit dans le sinus frontal.

Le traitement ultérieur des affections de ce sinus est le même que pour les sinus frontal et ethmoïdal. Le traitement est le plus long pour le sinus ethmoïdal, puis viennent le sinus sphénoïdal et le sinus frontal.

Dans les cas de polypes du nez, on trouve souvent plusieurs sinus affectés.

Avant d'ouvrir un de ces sinus, il faut faire l'ablation de toutes les saillies osseuses et muqueuses qui empêchent le pus de s'écouler. Schaeffer rapporte ensuite, très brièvement, 25 cas d'affection du sinus frontal, 19 cas d'affection du sinus ethmoïdal et 7 cas d'affections du sinus sphénoïdal.

LICHTWITZ.

Abcès de la cloison nasale, par M. SCHAEFFER. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 10, octobre 1890.)

Schaeffer rapporte 5 cas d'abcès de la cloison provenant d'un traumatisme. Le traitement consistait soit en simple incision, soit en excision d'une partie de la muqueuse et du périchondre avec curettage des parois de l'abcès.

Il insiste sur l'origine traumatique des abcès de la cloison.

LICHTWITZ.

Une indication fréquente pour l'emploi de l'électrolyse dans le nez, par R. KAFEMANN. (*Therap. Monats.*, n° 3, 1890.)

L'auteur recommande l'électrolyse pour détruire les restes de polypes qui se trouvent très près de la cloison.

L'électrolyse aurait l'avantage sur la galvanocaustie d'éviter les adhérences entre les cornets et la cloison, et de ne provoquer que peu de réactions inflammatoires. Cette dernière qualité de l'électrolyse aurait surtout son importance dans le cas où l'on aurait à soigner des malades qui viennent de loin et qui désirent retourner chez eux le jour même de l'opération. Kafemann se sert de petites fourches en or soudées avec des baguettes en cuivre qu'il a préconisées l'année dernière pour la destruction des granulations dans la pharyngite granuleuse.

L. L.

Le traitement de certaines affections nasales sans l'emploi du galvano-cautère, par BONNE. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 8 et 9, 1890.)

Le procédé recommandé par Bonne consiste à injecter environ 2 grammes d'une solution de glycérine et de tannin en par-

ties égales dans les fosses nasales. Il se sert à cet effet d'un tube en verre ayant un diamètre de 1 centimètre muni d'un tuyau en caoutchouc et d'un embout. Après avoir aspiré le liquide, il introduit le petit tube dans une des narines et insuffle fortement la solution dans le nez jusqu'à ce que le malade commence à cracher ou jusqu'à ce qu'une partie du médicament ressorte par l'autre narine.

L'auteur emploie ces injections dans les hypertrophies et les congestions de la muqueuse nasale, dans les catarrhes du pharynx nasal et dans l'ozène.

Le nombre des injections varie selon la gravité des cas, mais on ne doit jamais les faire tous les jours.

Les injections sont désagréables, mais non au point de n'être pas supportables.

A la fin de son article, Bonne insiste sur l'importance de rétablir la libre respiration nasale, qui serait facilement obtenue par son traitement.

L. L.

Suite des communications sur l'emploi de la pyoctanine (violet de méthyle) dans le nez et la gorge, par BRESGEN. (*Therapeut. Monatshefte*, octobre 1890, n° 10.)

Bresgen confirme les résultats obtenus par l'emploi de la pyoctanine qu'il a communiqués dans un travail antérieur (voir p. 711 des *Annales*, 1890) et ajoute d'autres détails sur l'emploi de ce médicament.

Il emploie maintenant des concentrations plus fortes (0,10 sur 25) et il prépare toujours peu de liquide à la fois parce que les couleurs d'aniline se décomposent facilement. Il a remarqué que moins le liquide était coloré, moins il était actif.

Après les opérations nasales, Bresgen badigeonne tous les jours les parties opérées avec la solution de pyoctanine. Il a observé que sous l'influence de ce traitement il évitait les gonflements post-opératoires et diminuait la douleur.

Il aurait remarqué que l'on pouvait éviter la suppuration en se servant de solutions plus concentrées (0,35 : 25).

LICHTWITZ.

Le massage dans les affections de la gorge et du nez, par J. HERZFELD. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 89, 6 novembre 1890.)

A la section de laryngologie du dernier Congrès international de Berlin, Braun avait parlé du massage, c'est-à-dire « des

vibrations » de la muqueuse des fosses nasales et du pharynx comme moyen thérapeutique.

Herzfeld a repris ces expériences, mais au lieu de provoquer des vibrations légères « qui doivent naître dans l'articulation du coude et être exécutées par la face palmaire des doigts » avec la main, il se sert du *foret* des dentistes. Avec cet instrument, les secousses se produisent d'une manière régulière et sans fatigue pour le médecin.

A cet effet, il s'est fait construire une baguette portant à son bout une plaque de caoutchouc se mouvant librement. La baguette est mise en mouvement par le foret dentaire et la plaque est appuyée contre la muqueuse du pharynx. On touche successivement les différentes parties du pharynx sans que la plaque en caoutchouc quitte la muqueuse. La durée de la séance ne dépasse pas une minute.

Herzfeld a vu des bons effets surtout dans la parésie pharyngée, dans les pharyngites avec hypersécrétion de la muqueuse, tandis que dans les pharyngites sèches le succès n'était pas aussi prononcé que le dit Braun.

Pour ce qui est du massage de la muqueuse nasale pour lequel il s'est fait construire une sonde spéciale, il se propose de publier ses résultats ultérieurement. LICHTWITZ.

Un petit accumulateur transportable pour la galvano-caustique et l'éclairage, par H. SELIGMANN. (*Thérapeut. Monatshefte*, décembre 1890, n° 12.)

L'accumulateur est composé de 4 éléments et peut donner une tension de 8 volts.

Les détails de sa construction doivent être lus dans l'article original.

On fait charger l'accumulateur par un petit dynamo ou à l'aide de 2 éléments de Bunsen.

L'accumulateur chargé fait brûler une petite lampe d'Edison de 8 volts durant vingt heures et un gros galvano-cautère reste chauffé durant une heure et demie.

Seligmann est très content de son emploi et le préfère à toutes les piles qui servent pour la galvano-caustique et la lumière électrique et qui, comme les piles constantes, sont très volumineuses, chères et difficilement transportables, ou qui, comme les piles à immersion, sont peu constantes. L. L.

Intoxications dues à l'emploi de la cocaïne, par E. FALK.
(*Therap. Monatshefte*, octobre 1890, n° 10.)

Dans la statistique que Falk donne des intoxications par la cocaïne figurent aussi celles qu'on a observées par suite de l'application de ce médicament dans le nez, l'oreille, le larynx, le pharynx et la bouche.

Appliquée dans le nez, la cocaïne a donné lieu à des phénomènes toxiques treize fois, installée dans la caisse deux fois (cas de Suarez de Mendoza et de Schwabach) ; employée dans le larynx onze fois, dont un cas de mort (cas de Long) ; dans la bouche et le pharynx vingt-six fois, dont deux cas mortels (cas de Doremus et cas de Baratoux).

Employée en injections sous-gingivales on a rapporté 46 cas d'intoxication, dont un cas mortel.

L. L.

Un cas de corps étranger dans les voies respiratoires, par KREFERSTEIN. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 9, septembre 1890.)

La malade, âgée de 58 ans, avait, en mangeant, avalé de travers. Durant un mois elle souffrait de quintes de toux coquelu-coïdes très intenses. — Keferstein se rappelant de la communication faite par Leyden sur les corps étrangers des voies respiratoires croyait avoir affaire à un cas de ce genre.

(L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué.)

Il prescrivit comme expectorant une infusion de polygala (12 gr. sur 170 gr.) avec 3 grammes de liqueur ammoniacale anisée et 30 grammes de sirop de polygala, et au bout de deux jours la malade expectora un morceau d'os.

L. L.

De l'opération de l'amygdale pharyngée hypertrophiée,
par H. GRADLE. (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 1890.)

L'auteur donne un dessin de sa pince coupante avec laquelle on réussirait à enlever toute la glande de Luschka ou au moins une grande partie en une séance. Les tranchants de la pince sont légèrement coudés pour s'adapter à la voûte pharyngée. Aux surfaces externes des deux branches sont soudés des ressorts pour empêcher que les parties coupées ne tombent dans le larynx.

LICHTWITZ.

Du traitement de la diphthérie du pharynx, par G. MAYER.
(*Therapeut. Monatshefte*, novembre 1890.)

L'auteur recommande l'application énergique et continuelle de la glace autant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

La médication interne consiste à faire boire continuellement de l'eau glacée par un tube en verre coudé à angle obtus. En ajoutant à l'eau du jus de framboise, ou de citron, ou du vin sucré, on rend la boisson agréable. Chez des petits enfants on verse l'eau glacée dans la bouche, à l'aide d'une cuillère à café.

Quand les enfants sont trop fatigués pour boire on leur fait avaler des petits morceaux de glace. A l'extérieur on applique, autour du cou, une poche de glace longue de 33 centimètres et large de 6 centimètres.

Dans tous les cas graves on doit continuer l'emploi de la glace à l'intérieur et à l'extérieur durant 48 heures.

D'après les recherches de Loeffler les bacilles de la diphthérie ont besoin pour leur développement d'une température supérieure à 20°, et le traitement méthodique par le froid agit suffisamment dans la profondeur des tissus (les expériences d'Es-march faites sur le tibia en sont une preuve) pour qu'on puisse admettre qu'il empêche le développement des bacilles de la diphthérie. — Le danger de la propagation de l'affection vers le larynx se trouve par conséquent bien amoindri ou même complètement conjuré.

M... donne, outre la glace, le chlorate de potasse qui, dit-il, vaut mieux que sa réputation.

En ne prescrivant par jour que 1,5 à 4 grammes aux enfants, et 5 à 6 grammes aux adultes, on ne risque pas les intoxications. L'emploi des antipyrétiques sous forme de bains ou de médicaments ne serait pas nécessaire.

Il faut surtout s'abstenir de faire le raclage et la cautérisation des fausses membranes, autrement on augmente l'inflammation et on la propage vers le nez et le larynx. Les badigeonnages, les pulvérisations et les gargarismes sont superflus.

A la fin l'auteur donne une statistique de ce traitement et conseille de ne pas laisser les malades sortir trop tôt.

Il croit avoir observé que les malades qui s'étaient levés trop tôt furent atteints de phénomènes rhumatismaux. LIGHTWITZ.

Sur un cas de carcinome du thyroïde, par J. SCHEINMANN.

(*Deut. med. Woch.*, n° 13, 1890.)

Le cas concernait un chaudronnier âgé de 37 ans qui était entré dans le service du professeur Leyden en se plaignant de dyspnée, de toux, de douleurs à la nuque et au sternum ainsi que d'accès de suffocations. Il existait sur le côté droit du cou

une tumeur qui prenait naissance au niveau de la glande thyroïde et qui s'étendait au-dessous du sternum.

A l'examen laryngoscopique qui nous intéresse surtout ici, Scheinmann constatait que, pendant la phonation, la glotte était déviée vers le côté droit et que la corde vocale droite était excavée sur son bord libre tandis que la corde gauche avec son bord rectiligne venait s'apposer à sa congénère.

Au moment de l'inspiration, la corde droite restait immobile dans sa position cadavérique et la corde gauche s'écartait un peu et occupait la position médiane qu'elle avait dépassée au moment de la phonation.

Scheinmann diagnostiqua par conséquent une paralysie totale du récurrent droit et une parésie du récurrent gauche. Malgré l'étroitesse de la glotte, il était possible de découvrir dans la trachée une tumeur dont la base large était implantée sur la paroi trachéale droite.

Le malade mourut de suffocation un mois après la trachéotomie qui fut difficile à pratiquer en raison de la déviation de la trachée et de la tumeur qui l'englobait.

A l'autopsie, on constata la présence d'un carcinome thyroïdien s'étendant dans la cavité médiastinale et dans la trachée. L'auteur croit que ce cas parle en faveur de la théorie de Rosenbach-Semon, d'après laquelle les lésions du récurrent atteignent d'abord les fibres abductrices et plus tard seulement les fibres adductrices. En effet, du côté droit, le récurrent étant complètement détruit, la corde vocale restait pendant la phonation ainsi que pendant l'inspiration dans la position cadavérique, tandis que la corde vocale gauche dépassant au moment de la phonation la ligne médiane et restant pendant l'inspiration dans la position médiane ne présentait que les troubles de la paralysie de l'abducteur.

L. L.

Adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx,
par le Dr MAC MAHON. (*The Canadian Practit.*, fév. 1891.)

L'adhérence était complète, sauf sur un petit espace en arrière de la luette qui, longue d'un pouce et demi, très gonflée, pendait derrière la langue et amenait une toux continuelle. Il y avait en outre adhérence de la base de la langue à droite au même côté du pharynx. Rhinite hypertrophique.

La malade ne pouvait respirer deux fois de suite par le nez, respirait difficilement pendant la déglutition et ne pouvait débar-

rasser son nez du liquide purulent qui l'obstruait. — L'affection datait de quatre ans et était consécutive à une diphthérie grave pendant laquelle la malade avait rejeté des lambeaux sphacelés.

L'auteur incisa d'abord la luette et cautérisa les cornets inférieurs. Quelques jours après, il fit passer un tube de caoutchouc par le nez dans la bouche en passant derrière la luette, ce qui lui permit de tendre le voile du palais, puis avec des ciseaux courbés à angle droit, détacha celui-ci du pharynx. Les jours suivants, il maintint l'ouverture faite en écartant les branches de ses ciseaux introduits derrière le voile. Le résultat fut très satisfaisant.

M. LS.

NOUVELLES

Le Dr Castex, ancien professeur de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier dans les Universités d'Allemagne et d'Autriche l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

L'*Allgemeine Wiener Med. Zeitung* annonce la nomination du Dr M. Grossmann comme docent de laryngologie et de rhinologie à l'Université de Vienne.

Le Dr J. Charazac, de Toulouse, nous fait parvenir l'avis suivant : « Dans sa dernière séance, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse vient de mettre au concours pour le prix Gaussail à décerner en 1893, la question suivante : *Des tumeurs malignes du larynx; symptomatologie, diagnostic et traitement.* La valeur du prix est de 2,000 francs. Les mémoires, écrits lisiblement en français, doivent être adressés franco de port à M. le secrétaire général de la Société de médecine avant le 1^{er} janvier 1893, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris. —
Ordre du jour de la séance du 3 juillet :

Deux cas de suppuration chronique rebelle de la caisse, guéris à la suite de l'excision du marteau, par Luc. — Carcinome kératoïde de la corde vocale gauche. Extirpation par laryngofissure. Mort cinq jours après, par Lichtwitz.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calciqne assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Transactions of the twelfth annual meeting of the American Laryngological Association held in the city of Baltimore, may 29, 30 and 31, 1890. (Comptes rendus de la 12^e réunion annuelle de l'Association laryngologique américaine tenue à

Baltimore les 29, 30 et 31 mai 1890. — Un vol. de 130 pages, D. Appleton and Co, éditeurs, New-York, 1891.)

Tres casos de angina gangrenosa primitiva, par R. DE LA SOTA Y LASTRA. (Tirage à part, de *los Arch. Int. de Laring., Otol., etc.*, n^{os} 8 et 9, 1891.)

Les indications de Challes. Aphonies et enrouements, par P. RAUGÉ. (Une brochure de 105 pages, Imp. savoisienne, Chambéry, 1891.)

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle. (Coupes gelées pour servir à l'anatomie des cavités nasales, par le professeur B. FRAENKEL. (2^e fascicule, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891.)

Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle (Atlas des maladies des cavités buccale et pharyngienne, par J. MIKULICZ et P. MICHELSON. (Extrait. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891.)

Della sordità e delle sue cause principali. Introduction au cours libre d'otologie fait pendant l'année scolaire 1890-1891, par V. GRAZZI. (Extrait du *Morgagni*, mai 1891.)

Un buon remedio contro le otiti medie purulente croniche con otorrea. Note thérapeutique, par V. GRAZZI. (Extrait du *Bollett. delle Mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, n^o 5, 1891.)

La electrolisis en las deviaciones y espesamientos del tabique nasal (L'électrolyse dans les déviations et épaississements de la cloison nasale, par R. BOTEY. (Extrait de *los Arch. Int. de Lar., Otol., etc.*, n^{os} 8 et 9, 1891.)

Dilatateur bivalve permanent de la trachée, par F. EGIDI. (Rome, 1889.)

Modificazione agli apparecchi di intubazione laringea, par F. EGIDI. (Extrait des *Arch. Ital. di Pediatria*, fasc. 3, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

